



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

Adriana Eich Kuhnen

**Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/aids: atuação das enfermeiras (1998-2015)**

Florianópolis  
2019

Adriana Eich Kuhnen

**Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/aids: atuação das enfermeiras (1998-2015)**

Tese de Doutorado em Enfermagem apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina–Área de concentração: Educação e Trabalho em Enfermagem. Como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Linha de Pesquisa: História da Educação em Enfermagem e Saúde.

**Orientadora:** Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Florianópolis

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Kuhnen, Adriana Eich

Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/aids :  
atuação das enfermeiras (1998-2015) / Adriana Eich Kuhnen  
; orientador, Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, 2019.  
153 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. História. 4.  
Aconselhamento. 5. HIV/aids. I. Padilha, Maria Itayra  
Coelho de Souza . II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III.  
Título.

Adriana Eich Kuhnen

**Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/aids: atuação das enfermeiras (1998-2015)**

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Betina Hörner Schlindwein Meirelles, Dra.  
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Mariana Vieira Villarinho, Dra.  
Secretaria do Estado da Administração

Prof. Djailson José Delgado *Carlos*, Dr.  
Universidade Federal d Rio Grande do Norte

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

---

Profa. Dra. Jussara Gue Martini  
Coordenadora do Programa

---

Profa. Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha  
Orientadora

Florianópolis, 14 de junho de 2019.

### **Dedicatória**

Dedico este trabalho aos meus filhos Kawan e Rafaella, que chegaram na minha vida nesse momento de construção para me transformar e me torna uma pessoa mais feliz e completa.

## AGRADECIMENTOS

Esses anos foram uma árdua jornada de desafios, construções e amadurecimento. Nenhum grande projeto de vida é realizado de forma fácil e sem esforço. Nesse período aprendi que uma tese ou qualquer outro trabalho é a extensão da vida do autor. Então para que algo de valor seja produzido, a pessoa deve criar algo de valor em si. Pessoa e obra se tornam únicas quando chegamos ao resultado. Desta forma, agradeço profundamente a todas as pessoas e instituições que me encorajaram e me ajudaram a produzir algo de valor em minha vida. De forma muito especial:

À Universidade Federal de Santa Catarina, que me recebeu e me proporcionou mais este momento de formação profissional e acadêmica.

Ao Programa de Pós-Graduação e Graduação em Enfermagem da UFSC, por todo o apoio durante o curso de doutorado.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq por me proporcionar o apoio financeiro, possibilitando minha dedicação exclusiva à pesquisa durante grande parte do período.

Aos professores do Programa do PEN-UFSC, minha eterna admiração, pelo conhecimento, dedicação, apoio e disposição em compartilhar sua sabedoria e suas experiências.

Aos amigos do Laboratório de Estudos da História da Enfermagem e Saúde GEHCES, uma grande família, que trabalha junto, cresce junto e que me apoiou durante todos esses anos. Sinto-me privilegiada por fazer parte dessa família.

À minha orientadora e amiga, professora Maria Itayra Padilha, pelas sábias palavras de incentivo, obrigada pela paciência em entender o meu tempo de construção, pelo ombro amigo e pelas ricas contribuições para a construção desta pesquisa. Para mim é uma imensa honra e orgulho tê-la como orientadora. Não esquecerei jamais seus ensinamentos e preciosos conselhos.

À Banca de qualificação e de defesa.

Aos participantes do estudo, obrigada pelo aprendizado. Foi maravilhoso conhecer vocês.

Aos meus amores: a minha mãe Eloirda Eich, Clemente Piazzetta, meu pai do coração, ao meu amor Rafael Kuhnen, meu companheiro, meu amigo e grande incentivador para dar continuidade à minha formação, aos meus filhos Kawan e Rafaella que chegaram juntos neste momento de construção para me transformar em uma pessoa melhor.

Ao meu pai Hildo Paulo Eich (em memória), por seus grandes exemplos e incentivos.

Agradeço infinitamente a cada um que, direta ou indiretamente, fez parte deste momento de construção acadêmica.

## RESUMO

A disseminação das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e da infecção pelo HIV e da aids tem gerado a necessidade de desenvolvimento de novas e eficazes estratégias de prevenção visando o seu controle. Uma importante estratégia é a prática da testagem e aconselhamento, que visa ampliar o acesso da população à realização do teste anti-HIV. Com a implantação dos primeiros Centros de Testagem e Aconselhamento no Brasil, iniciava o compromisso do Programa Nacional de DST e aids com a promoção do acesso da população brasileira ao diagnóstico e à prevenção dessas doenças na rede pública de saúde. Nesse contexto, esta pesquisa traz informações de como se deu o desenvolvimento dos CTAs no estado de Santa Catarina, nos municípios de Florianópolis e São José, através da história e os direcionamentos de natureza política e econômica que deram conformidade às ações ao longo do tempo para a implementação desse programa resultando no cenário da atual atuação das enfermeiras nos CTAs. Deste modo, o ponto de partida deste estudo é o ano de 1998 e o ponto de corte é o ano de 2015, com o objetivo de historicizar a atuação das enfermeiras nos CTAs dos municípios de Florianópolis e São José com ênfase nas políticas públicas brasileiras em saúde voltadas ao HIV/aids, no período de 1998-2015. Trata-se, portanto, de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva com abordagem histórica, e que, sob a perspectiva da nova história buscou registrar a atuação das enfermeiras a partir de fontes primárias, secundárias e orais, nos CTAs de Florianópolis e São José, com 13 profissionais de saúde (enfermeiras, médico, assistente social e farmacêutica bioquímica). A análise de dados foi realizada a partir da Análise de Conteúdo Temática de Bardin com recursos do software Atlas.ti. Como resultados da análise, foram elaborados quatro manuscritos: o primeiro trata do aconselhamento e sua relação com a prática do cuidado, no qual as experiências dos profissionais mostram a mudança nas atitudes reflexivas em relação ao outro e o conhecimento ético, estético e científico na tratativa da doença; o segundo aponta uma revisão integrativa que mostra que a atuação da enfermagem nos CTAs é de suma importância para o controle da aids; o terceiro traz a organização e implantação dos Centros de Testagem, mostrando que as enfermeiras do CTA de Florianópolis e São José desenvolveram atividades de grande importância no processo de organização e implantação do CTA, sempre respeitando e cumprindo as políticas públicas de saúde, buscando sempre trabalhar dentro das diretrizes estabelecidas pelo SUS; e o quarto mostra a construção social da aids nas campanhas de saúde pública no final nas décadas de 1980 e 1990 que refletiram os valores transmitidos pelas próprias políticas de Estado da época, reforçando os estigmas em torno da doença. Conclui-se que a atuação das enfermeiras nos CTAs estudados contribuiu muito para a prevenção e controle da epidemia de aids ao longo desses anos de atuação, bem como colaborou para a melhoria da qualidade de vida de quem (con) vive com HIV/aids.

**Palavras-chave:** Enfermagem. História. Testes Sorológicos. Aconselhamento. HIV/aids



## ABSTRACT

The spread of sexually transmitted infections (STIs) and HIV and AIDS infection has led to the need to develop new and effective prevention strategies to control them. An important strategy is the practice of testing and counselling, which aims to broaden the population's access to HIV testing. With the establishment of the first Testing and Counselling Centers in Brazil, the commitment of the National STD and AIDS Program began to promote the access of the Brazilian population to the diagnosis and prevention of these diseases in the public health network. In this context, this research provides information on how the development of CTAs took place in the state of Santa Catarina, in the municipalities of Florianópolis and São José, through history and the political and economic orientations that conformed the actions over time. The implementation of this program resulting in the scenario of nurses' current role in CTAs. Thus, the starting point of this study is the year 1998 and the cut-off point is the year 2015, with the objective of historicizing nurses' performance in the CTAs of Florianópolis and São José municipalities, with emphasis on Brazilian public policies in Brazil. Focused on HIV/AIDS in the period 1998-2015. It is, therefore, a qualitative, exploratory and descriptive research with historical approach, and that, from the perspective of the new history, sought to record the nurses' performance from primary, secondary and oral sources, in the Florianópolis and São José CTAs, with 13 health professionals (nurses, doctor, social worker and biochemical pharmacist). Data analysis was performed using Bardin Thematic Content Analysis using Atlas.ti software. As results of the analysis, four manuscripts were elaborated: the first one deals with counseling and its relation with the practice of the care, in which the professionals' experiences show the change in the reflexive attitudes towards the other and the ethical, aesthetic and scientific knowledge in the treatment. of the disease; the second points to an integrative review that shows that nursing practice in CTAs is of paramount importance for AIDS control; the third brings the organization and implementation of the Testing Centers, showing that the nurses of the CTA of Florianópolis and São José developed activities of great importance in the process of organization and implementation of the CTA, always respecting and complying with public health policies, always seeking to work. Within the guidelines established by SUS; and the fourth shows the social construction of AIDS in public health campaigns in the late 1980s and 1990s that reflected the values conveyed by the state policies themselves at the time, reinforcing the stigmas surrounding the disease. It can be concluded that the nurses' performance in the studied CTAs contributed greatly to the prevention and control of the AIDS epidemic throughout these years of activity, as well as to improving the quality of life of those living with HIV/AIDS.

**Key words:** Nursing. History. Serologic Tests. Counselling. HIV/aids

## RESUMEN

La propagación de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la infección por VIH y SIDA ha llevado a la necesidad de desarrollar estrategias de prevención nuevas y efectivas para controlarlas. Una estrategia importante es la práctica de las pruebas y el asesoramiento, cuyo objetivo es ampliar el acceso de la población a las pruebas de VIH. Con el establecimiento de los primeros Centros de Pruebas y Asesoramiento en Brasil, el compromiso del Programa Nacional de ETS y SIDA comenzó a promover el acceso de la población brasileña al diagnóstico y la prevención de estas enfermedades en la red de salud pública. En este contexto, esta investigación proporciona información sobre cómo se llevó a cabo el desarrollo de las CTA en el estado de Santa Catarina, en los municipios de Florianópolis y São José, a través de la historia y las orientaciones políticas y económicas que conformaron las acciones a lo largo del tiempo. La implementación de este programa resulta en el escenario del rol actual de las enfermeras en los CTA. Por lo tanto, el punto de partida de este estudio es el año 1998 y el punto de corte es el año 2015, con el objetivo de historizar el desempeño de las enfermeras en los CTA de los municipios de Florianópolis y São José, con énfasis en las políticas públicas brasileñas en Brasil. Se centró en el VIH/SIDA en el período 1998-2015. Es, por lo tanto, una investigación cualitativa, exploratoria y descriptiva con enfoque histórico, y que, desde la perspectiva de la nueva historia, buscó registrar el desempeño de las enfermeras de fuentes primarias, secundarias y orales, en los CTA de Florianópolis y São José, con 13 profesionales de la salud (enfermeras, médico, trabajador social y farmacéutico bioquímico). El análisis de datos se realizó con el análisis de contenido temático Bardin con el software Atlas.ti. Como resultado del análisis, se elaboraron cuatro manuscritos: el primero se refiere al asesoramiento y su relación con la práctica de la atención, en el que las experiencias de los profesionales muestran el cambio en las actitudes reflexivas hacia el otro y el conocimiento ético, estético y científico en el tratamiento de la enfermedad; el segundo apunta a una revisión integradora que muestra que la práctica de enfermería en los CTA es de suma importancia para el control del SIDA; el tercero trae la organización e implementación de los Centros de Pruebas, demostrando que las enfermeras de la CTA de Florianópolis y São José desarrollaron actividades de gran importancia en el proceso de organización e implementación de la CTA, siempre respetando y cumpliendo con las políticas de salud pública, siempre buscando trabajar dentro de las pautas establecidas por el SUS; y el cuarto muestra la construcción social del SIDA en campañas de salud pública a fines de los años ochenta y noventa que reflejaban los valores transmitidos por las políticas estatales en ese momento, reforzando los estigmas que rodeaban la enfermedad. Se puede concluir que el desempeño de las enfermeras en los CTA estudiados contribuyó en gran medida a la prevención y el control de la epidemia de SIDA a lo largo de estos años de actividad, así como a mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA.

**Palabras clave:** Enfermería. Historia. Pruebas Serológicas. Consejo. HIV/aids

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imundeficiência Adquirida
AZT	Zidovudina
CAD	Centros de Atendimento e Detecção Precoce do HIV
CAP	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CNLCS	Comissão Nacional de Luta Contra a AIDS
COAS	Centros de Orientação e Apoio Sorológico
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CRA	Centro de Rastreio Anónimo
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
ddC	Zalcitabina
ddI	Didanosina
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ELISA	<i>Enzyme-Linked Immunosorbent Assay</i>
EUA	Estados Unidos da América
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção da aids
GEHCES	Laboratório de Pesquisas da História do Conhecimento de Enfermagem e Saúde
HAART	<i>High Active Antiretroviral Therapy</i>
HIV	Vírus da Imundeficiência Adquirida
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ITR	Inibidor da Transcriptase Reversa
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde

ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PAM	Plano de Ações e Metas
PEN	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
POA	Planos Operativos Anuais
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SC	Santa Catarina
SI-CTA	Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL/SICLOM	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Casos de HIV em Santa Catarina .....	17
Quadro 2 – Mortes por aids em SC .....	17
Quadro 3 - Profissionais de saúde que fizeram parte do estudo .....	59
Quadro 4 – Relação dos periódicos selecionados segundo a quantidade e o percentual.....	102
Quadro 5 – Relação entre o ano de publicação com a quantidade de trabalhos e sua porcentagem. ....	103
Quadro 6 – Relação entre temática abordada e quantidade dos artigos do estudo .....	104
Quadro 7 - As campanhas publicitárias sobre a aids no Brasil elaboradas pelo Ministério da Saúde, no período de 1987 a 1999. ....	117

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa representando o número de pessoas contaminadas em seus continentes do ano de 2017 .....	24
Figura 2 - Distribuição de novas infecções por HIV entre grupos populacionais.....	25
Figura 3 - Número de pessoas vivendo com HIV em 2017.....	25
Figura 4 - Número de pessoas vivendo com HIV e aceitando o tratamento no mundo .....	26
Figura 5 – Distribuição e concentração dos casos de aids, segundo município do Brasil, no ano 2017.....	30
Figura 6 – Distribuição e concentração dos casos de aids, segundo município do Brasil, no ano 2017.....	48
Figura 7 – Comparativo entre os dados da população mundial e os casos de aids no brasil, 2015 .....	49
Figura 8 – Taxa de detecção de aids (x100 mil hab.) e percentual de declínio ou incremento, segundo UF de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 2007 e 2017*.....	50
Figura 9 - Campanha Ministério da Saúde, 1995 .....	97
Figura 10 – Estratégia de busca dos estudos para a revisão de literatura .....	116
Figura 11 - Campanha do ministério da saúde para prevenção a aids .....	121
Figura 12 - Campanha dia mundial de luta contra a aids, 1996 .....	123
Figura 13 – Capas de revistas de 1989,1990 e 1993 com personalidades vítimas da aids.....	125
Figura 14 - Capa da Revista Veja cm o cantor Cazuza .....	126
Figura 15 – Capa da Revista Amiga, 1989 trazendo o sofrimento de Cazuza com a doença.....	127
Figura 16 – Capa da revista veja, 1991 com o chamado sobre a aids no Magic Johnson.....	128

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
1.1	OBJETIVO GERAL .....	22
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	22
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>23</b>
2.1	A AIDS E AS POLÍTICAS DE CONTROLE DA EPIDEMIA .....	23
2.2	OS CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS AO HIV/AIDS NO BRASIL .....	29
2.3	SÉCULO XXI: MUDANÇAS E DESAFIOS DOS CTAS .....	39
2.4	ATUAÇÃO DAS ENFERMEIRAS NOS CTAS .....	41
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO - AS DIRETRIZES DO SUS COMO NORTEADORES DOS CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO</b> .....	<b>43</b>
3.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL.....	43
3.2	PENSANDO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL VOLTADAS PARA O HIV/AIDS.....	49
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>55</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	55
4.2	O CONTEXTO DO ESTUDO .....	55
4.3	FONTES .....	57
4.4	A HISTÓRIA ORAL .....	58
4.5	OS PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	59
4.6	COLETA DE DADOS - AS ENTREVISTAS .....	65
4.7	A ANÁLISE DOS DADOS .....	66
4.8	ASPECTOS ÉTICOS .....	66
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>68</b>
5.1	MANUSCRITO 1 - ACONSELHAMENTO EM DST, HIV E AIDS E SUA INTERRELAÇÃO COM A PRÁTICA DO CUIDADO (1998-2015).....	69
5.2	MANUSCRITO 2 - A ORGANIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DOS CENTROS DE TESTAGEM EM HIV/AIDS EM FLORIANÓPOLIS E SÃO JOSÉ/SC E SUAS INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS .....	80
5.3	MANUSCRITO 3 – REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DAS ENFERMEIRAS NOS CENTROS DE TESTE E ACONSELHAMENTO:.....	94
5.4	MANUSCRITO 4 - A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA AIDS NAS CAMPANHAS DE SAÚDE PÚBLICA (1987-1999).....	114
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>132</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>135</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>146</b>
	<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</b> .....	<b>148</b>
	<b>APÊNDICE C – TERMO DE CESSÃO DE ENTREVISTA</b> .....	<b>150</b>
	<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA</b> .....	<b>151</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os primeiros casos da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/aids), causada pelo vírus HIV, foram constatados nos anos 1977-1978, nos Estados Unidos (EUA), no Haiti e na África Central. Em 1981 surgem as primeiras preocupações das autoridades de saúde pública nos EUA com um aparecimento de uma nova e misteriosa doença, porém esta só foi definida como aids, em 1982, quando se classificou como uma nova síndrome (KLIMAS; KONERU; FLETCHER, 2008).

No Brasil, os primeiros casos de HIV/aids ocorreram no início da década de 1980 e trouxeram à população sentimentos de medo, pânico, negação e preconceito. Após a desmistificação da ideia de que tal doença só atingiria grupos de risco, observa-se a mobilização das comunidades para reafirmar valores sociais e modos de compreensão da epidemia enquanto fenômeno social (MALISKA; PADILHA; ANDRADE, 2015; VILLARINHO *et al.*, 2013).

No Brasil, em 2017, foram diagnosticados 42.420 novos casos de HIV e 37.791 casos de aids notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), declarados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos (SISCEL/SICLOM), com uma taxa de detecção de 18,3 por 100.000 habitantes em 2017, totalizando, no período de 1980 a junho de 2018, 982.129 casos de aids detectados no país.

Desde o ano de 2012, observa-se uma diminuição na taxa de detecção de aids no Brasil, que passou de 21,7/100.000 habitantes em 2012 para 18,3/100.000 habitantes em 2017, configurando um decréscimo de 15,7%. Essa redução na taxa de detecção tem sido mais acentuada desde a recomendação do “tratamento para todos”, implementada em dezembro de 2013. Como a notificação da infecção pelo HIV ainda está sendo absorvida pela rede de vigilância em saúde, não são calculadas as taxas referentes a esses dados (BRASIL, 2018).

Os primeiros casos de aids notificados em Santa Catarina (SC), Brasil, ocorreram em 1984 em um paciente do sexo masculino na cidade de Chapecó, extremo Oeste do estado, em 1987 no sexo feminino e em 1988 em crianças (SANTA CATARINA, 2006). Santa Catarina ocupou em 2018 o 13º lugar no ranking brasileiro, sendo que 3 cidades catarinenses aparecem entre as 20 primeiras em casos de HIV, sendo elas: Itajaí, Florianópolis e Balneário Camboriú, sendo que São José fica 25º lugar (SANTA CATARINA, 2018). Santa Catarina registrou 747 casos de HIV, em 2018, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018).



Nos quadros abaixo 1 e 2 podemos observar os casos de HIV em Santa Catarina e os casos de morte relacionados a doença

Quadro 1 - Casos de HIV em Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 Até maio
203	270	298	422	523	652	848	1465	1875	1992	1939	747

Fonte: Ministério da Saúde, Brasil, 2018.

Percebe-se que nos últimos 10 anos houve um aumento dos registros dos casos provavelmente relacionados às infecções, mas também ao sistema de notificações realizadas no estado, porém percebe-se que em 2018 são registrados apenas 747 casos. Este resultado não representa os dados do ano, porque durante a coleta das informações tínhamos disponíveis apenas dados até o mês de maio de 2018.

Florianópolis é a segunda capital brasileira com maior taxa de detecção de casos de aids, conforme o Ministério da Saúde. Em 2017, esse índice foi de 55,7 (BRASIL, 2018).

Quadro 2 - Mortes por aids em SC, Florianópolis, 2018.

1980-2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
6007	479	550	568	641	569	579	495	573	537	592	525	483

Fonte: Ministério da Saúde, Brasil, 2018.

No quadro 2 percebemos que ainda morre-se muito por aids em Santa Catarina de 2006 à 2016 foram mais de seis mil óbitos no estado, apesar de os pacientes terem mais acesso ao tratamento o número de pessoas que morre por aids no estado ainda é alto. A disseminação de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e da infecção pelo HIV e da aids tem gerado a necessidade de desenvolver novas e eficazes estratégias de prevenção visando o seu controle. É preciso que se estabeleça uma relação de confiança entre o trabalhador e o usuário do serviço de saúde para que ocorra, de fato, o impacto das ações de prevenção. Uma importante estratégia que vem ao encontro a essa necessidade é a prática do aconselhamento, que visa ampliar o acesso da população à realização do teste anti-HIV e para a detecção da sífilis, ao mesmo tempo em que busca implementar ações de prevenção da infecção pelo HIV e das ISTs, seja no âmbito individual quanto no coletivo (BRASIL, 2007; WHO, 2009).

A Organização Mundial de Saúde define aconselhamento como

um diálogo confidencial entre o cliente e o profissional de saúde com o objetivo de capacitar o cliente a lidar com situações estressantes e a tomar decisões pessoais relativas à AIDS, incluindo uma avaliação dos riscos pessoais para as infecções e a promoção de comportamentos preventivos (BRASIL apud CAPPI, 2001, p. 67).

Em 1997, a Coordenação Nacional de DST/aids publicou o documento “Aconselhamento em DST/HIV e aids – Diretrizes e procedimentos básicos”, estimulando a incorporação do aconselhamento como uma nova ação tecnológica em diversos serviços de saúde, para além dos centros de testagem, visando contribuir para a redução das infecções sexualmente transmissíveis. Os primeiros CTAs no Brasil foram implantados nos estados do Rio Grande do Sul e São Paulo e antes de 1997 eram denominados de “Centros de Orientação e Apoio Sorológico” (COAS) e tinham como diretrizes: atuar como centro de divulgação de informações sobre a prevenção da infecção pelo HIV, sob a forma de palestras coletivas e consultas individuais; realizar testes gratuitos e anônimos, antes disponíveis apenas em bancos de sangue e laboratórios especializados; oferecer interpretação correta para os testes realizados, seguida de orientação sobre as medidas preventivas cabíveis e encaminhar os indivíduos soropositivos para o atendimento em serviços de atenção primária (BRASIL, 2012a).

Desde a implantação dos primeiros CTAs no Brasil em 1997, estes marcaram o compromisso do Programa Nacional de DST e aids com a promoção do acesso da população brasileira ao diagnóstico e à prevenção do HIV e das demais DSTs na rede pública de saúde. Num contexto de pouco conhecimento sobre a aids e de intenso preconceito contra as pessoas afetadas pela epidemia, esses serviços trouxeram inovações importantes para a prática dos serviços de saúde, como a possibilidade de realização da testagem de forma anônima e a instituição do aconselhamento como sua atividade central.

Transcorridos os anos, significativas mudanças foram observadas. O surgimento de novas necessidades, como a testagem para hepatites virais, agregou novas atribuições para os CTAs. As mudanças no perfil da epidemia demandaram atenção para novos grupos populacionais e a criação de novas estratégias de ampliação do acesso ao diagnóstico, como sua implantação na rede básica de saúde (BRASIL, 2017).

Os CTAs têm como características principais a acessibilidade, a gratuidade, a confidencialidade e o anonimato, atuando de modo flexível, com agilidade e resolutividade, possibilitando o aconselhamento adequado. Estas características visam ampliar o acesso da população à realização do teste anti-HIV e para a detecção da sífilis, ao mesmo tempo em que buscam implementar a prevenção da infecção pelo HIV e das DSTs, através do aconselhamento coletivo e individual (BRASIL, 2010).

O Estado de Santa Catarina, em abril de 2017, conta com 14 CTAs<sup>1</sup> atendendo a demanda populacional com os casos de suspeitas de contaminação ou pacientes com a doença (BRASIL, 2017). Porém, devido à mudança de concepção do modelo piramidal para o modelo de redes de atenção à saúde, baseado em Eugênio Vilaça Mendes (2015) com descentralização do atendimento em HIV/aids e a implementação das Linhas de Cuidado Integral ao HIV/aids, são integradas ações e fluxos assistenciais para promoção da saúde, oferta das ações de prevenção combinada e cuidado contínuo, podendo ser desenhados diferentes fluxos assistenciais para cada um desses enfoques, de acordo com a realidade local. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios de todo o Brasil passam, a partir de 2015, a oferecer assistência em HIV/aids, deixando, portanto, de ser uma exclusividade do CTA.

Esta Tese foi desenvolvida nos municípios de Florianópolis e São José no estado de Santa Catarina. Estes municípios foram escolhidos por estarem situados em região litorânea, com alto índice de pacientes contaminados pelo HIV. Este estudo faz parte do macroprojeto de pesquisa “Contribuições da história da saúde e da enfermagem para a análise da vulnerabilidade dos grupos humanos após o advento do HIV/aids. Três países em perspectiva (1984-2020)”.

O interesse em desenvolver um estudo de natureza sócio histórica sobre a atuação das enfermeiras<sup>2</sup> nos CTAs de Santa Catarina está relacionado com a minha experiência profissional como professora substituta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, momento da minha vida profissional que oportunizou a realização de estágio curricular na Policlínica do Centro de Florianópolis e conhecer a realidade e atuação das enfermeiras no CTA. Esta experiência despertou meu interesse histórico em relação à implantação deste serviço no estado de Santa Catarina e me levou a alguns questionamentos.

Qual a atuação da enfermeira nos CTAs do estado? Como são as orientações aos pacientes que passam pelo acolhimento, pré-teste e pós-teste com a enfermeira? Como ocorreu ao longo da história a atuação das enfermeiras neste programa em um estado onde a demanda do HIV/aids está acima da média nacional?

---

<sup>1</sup> Localizados nas cidades de Criciúma, Rio do Sul, Balneário Camboriú, Florianópolis, Blumenau, Lages, Joinville, Imbituba, Biguaçu, Jaraguá do Sul, Itajaí, Chapecó, Joaçaba e São José.

<sup>2</sup> Este estudo adotou o termo “enfermeiras” por dois motivos: pela força de trabalho de enfermagem ser composta pela grande maioria do sexo feminino, e pela caracterização dos participantes desta pesquisa, que é composta, na maioria, por mulheres.

A partir da minha experiência e relatos diversos, percebi que as enfermeiras muito têm contribuído para o funcionamento dos CTAs em SC, buscando o controle da doença na população, abrangendo o paciente e sua rede social, embora pouco tenha sido registrado a respeito. Poucos são os documentos históricos e informações que revelam a atuação da enfermagem nos CTAs do estado ao longo da história.

A produção científica em relação à aids e às políticas públicas de saúde são bastante exploradas nas produções acadêmicas como podemos observar em Wolffenbüttel e Carneiro (2007), relativo a uma breve história dos CTAs, enquanto organização tecnológica de prevenção de DST/aids no Brasil no estado de São Paulo. Outros estudos como o de Cueto (2015), Meirelles, Souza e Silva (2013), Grangeiro, Silva e Teixeira (2009) e Oliveira (2006) trazem dados epidemiológicos, o papel dos serviços de saúde e as produções científicas em relação aos usuários e trabalhadores dos CTAs.

Segundo Meirelles, Souza e Silva (2013), os serviços de saúde têm um papel importante para potencializar a qualidade de vida para quem vive com aids. O atendimento humanizado direciona o cuidado para além dos aspectos clínicos, instrumentalizando essas pessoas na busca por um viver com mais qualidade. Em relação à Santa Catarina, temos os estudos de Maliska (2012) e Villarinho e outros (2013), que discutem acerca da implantação e desenvolvimento das políticas públicas sobre HIV/aids em Santa Catarina em uma abordagem histórica, assim como, da atuação dos trabalhadores de saúde diante da epidemia.

A implantação do Programa Municipal DST/aids, possibilitou conhecer o perfil epidemiológico da cidade de Florianópolis em relação a aids e assim foi possível traçar estratégias para o controle da epidemia (BASTIANI *et al.*, 2012). Com o surgimento do COAS, posteriormente renomeado como CTA, foram realizados diversos treinamentos na rede assistencial para inserção da testagem na atenção primária. No entanto, de 1998 a 2000 o programa esteve voltado para as suas próprias ações, com atenção fragmentada dos programas de saúde, não desenvolvendo sua característica própria de assistência, o que se justificou pela própria estrutura estadual montada no território de Florianópolis. A partir do ano de 2006, houve um processo de abertura do programa municipal, a sua reinserção no setor de Vigilância Epidemiológica, como parte de uma reestruturação do Serviço Municipal de Saúde, buscando introduzir o princípio da integralidade na organização do trabalho, dos serviços e das práticas de saúde.

Inúmeras são as pesquisas realizadas e publicadas sobre a aids, entretanto, constata-se que a produção científica sob uma perspectiva histórica ainda é incipiente. Nesse contexto, ao olhar para a epidemia da aids e a construção dos CTAs por meio de uma perspectiva histórica,

tem-se a oportunidade de obter um entendimento de como ele foi constituído ao longo de sua trajetória, oportunizando a reflexão, enquanto profissionais de saúde, sobre a atuação da enfermeira na prevenção do HIV.

Considerando as inquietações e por fazer parte do Laboratório de Pesquisas da História do Conhecimento de Enfermagem e Saúde (GEHCES), vinculado ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) desde o ano 2009, reafirmei meu interesse em participar do projeto de pesquisa relacionado à história da Enfermagem e a aids nos CTAs de Santa Catarina.

Pretende-se, portanto, que este estudo traga informações de como se deu o desenvolvimento dos CTAs no estado de Santa Catarina, por meio da história e os direcionamentos de natureza política e econômica que deram conformidade às ações ao longo do tempo, em no mínimo dois municípios de referência no estado, resultando no cenário atual da atuação das enfermeiras nos CTAs, destacando o alto índice de resultados positivos para o HIV nessa população.

Deste modo, o ponto de partida adotado neste estudo, foi o ano de 1998, ano em que foram adotadas duas estratégias: a descentralização dos recursos destinados à implantação de novos serviços para estados e municípios e o estímulo ao diagnóstico do HIV nos serviços de atenção básica, e como ponto de corte, o ano de 2015, sendo este ano o prazo estabelecido para as metas e os compromissos da Declaração Política de 2011 sobre HIV e aids (UNAIDS, 2016).

Apesar de todos os esforços e a implantação de políticas públicas, ainda se faz necessária uma meta definitiva para impulsionar o progresso em direção ao capítulo final da epidemia de aids. Este estudo se constitui numa análise histórica da era anterior a 2015, sendo que o objetivo para a era posterior a 2015 é nada menos que o fim da epidemia de aids até 2030 (UNAIDS, 2016). Esta análise histórica está vinculada com a realidade atual ligada às políticas públicas existentes em relação à aids no estado.

A partir dessas considerações, buscou-se responder a seguinte questão de pesquisa: “Como se deu a atuação das enfermeiras nos CTAs dos municípios de Florianópolis e São José- SC com ênfase nas políticas públicas brasileiras de saúde voltadas ao HIV/aids, no período de 1998 a 2015?”.

A **TESE** defendida é a de que a atuação das enfermeiras nos CTAs dos municípios de Florianópolis e São José colaboraram para prevenção, controle da epidemia da aids, assim como a melhoria da qualidade de vida de quem (con) vive com o HIV/aids.

O estudo pretende contribuir para historicizar a atuação das enfermeiras nos CTAs, conhecer a realidade das políticas do HIV/aids neste estado. Esta pesquisa dará visibilidade aos enfermeiros em um estado com alto índice de resultados positivos em HIV/aids nos últimos 10 anos. Também irá permitir a construção de um novo conhecimento sobre a história da Enfermagem nacional e internacional, abrindo possibilidades para novas pesquisas nas diversas áreas de atuação da história da aids e a atuação das enfermeiras.

O estudo se faz importante e necessário, pois a partir do conhecimento produzido, pode-se conhecer e compreender como ocorreu a organização dos CTAs em Santa Catarina e qual foi a atuação das enfermeiras, desvelar as relações que se estabeleceram entre os profissionais que lá atuavam, além de acrescentar um amplo conhecimento historiográfico sobre os profissionais que participaram desse processo. Além disso, o estudo poderá servir para dar visibilidade aos CTAs e sua importante contribuição para a saúde da população Catarinense no programa de DSTs, além de ampliar o conhecimento sobre a história da aids e das políticas públicas de tratamento e controle da doença.

### 1.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a atuação das enfermeiras nos Centros de Testagem e Aconselhamento nos municípios de Florianópolis e São José - Santa Catarina, com ênfase nas políticas públicas brasileiras em saúde voltadas ao HIV/aids, no período de 1998-2015.

### 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender a prática do aconselhamento nas dimensões do conhecimento de Enfermagem nos CTAs (1988-2015);
- Conhecer as ações desenvolvidas pelas enfermeiras nos CTAs no período de 1998-2015;
- Refletir sobre a construção social da aids através da mídia e campanhas de saúde de 1987 à 1999.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A AIDS E AS POLÍTICAS DE CONTROLE DA EPIDEMIA

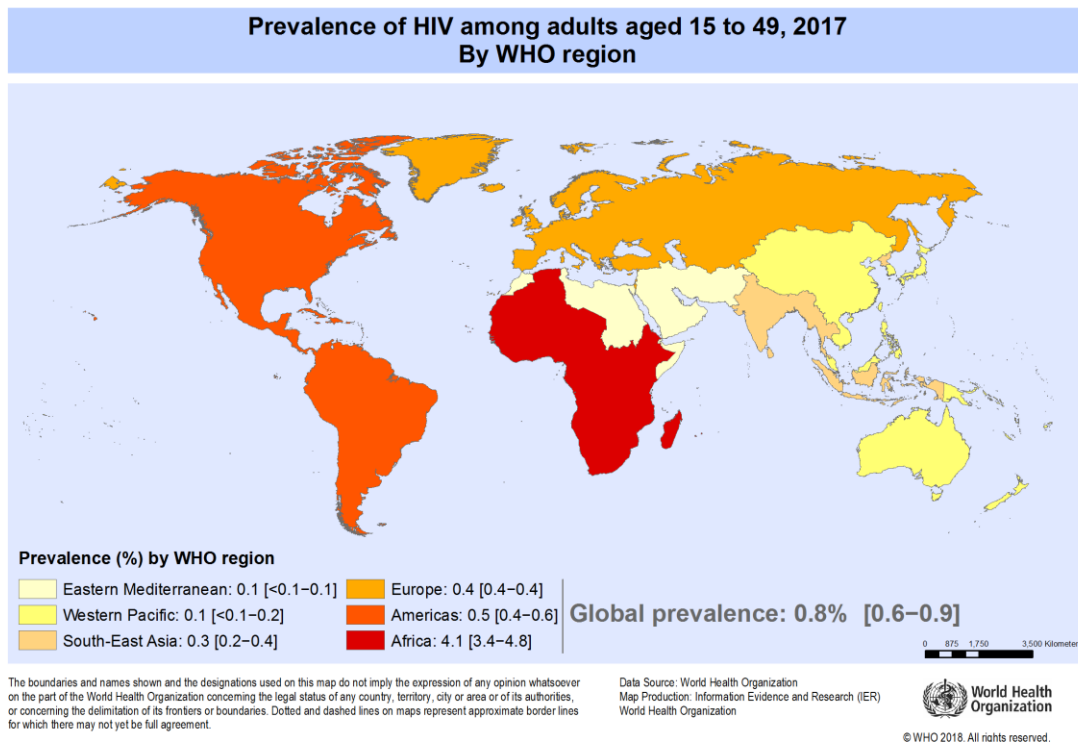
A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) foi reconhecida em meados de 1981, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de San Francisco, que apresentaram “Sarcoma de Kaposi”, pneumonia por *Pneumocystis Carinii* e comprometimento do sistema imune, os quais, sabemos hoje, são características típicas da aids (MORITA, 2012).

Sendo responsável por mudanças significativas em outros campos e não somente a saúde, principalmente por combinar comportamento sexual e doença, a aids acarretou desafios para a área científica, trouxe novos atores para os movimentos sociais e atinge as pessoas em proporção geométrica, sem distinção social, econômica, racial, cultural ou política (MARTINS *et al.*, 2014).

A região da África subsaariana continua sendo a mais atingida com 60% das pessoas vivendo com HIV no mundo, onde mulheres representam 58% deste total. O Caribe, o Leste europeu e a Ásia central, com uma prevalência de 1% na população em geral, são também áreas fortemente afetadas pela epidemia. A maioria das pessoas que vive com HIV tem direito ao tratamento antirretroviral, porém essa situação é quase sempre desigual, particularmente com maiores dificuldades para populações-chave em situação de risco (NATTRASS, 2003; DE BONI; VELOSO; GRINSZTEJN, 2014).

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS) mobiliza e inspira o mundo para alcançar sua visão compartilhada de zero nova infecção por HIV, zero morte relacionada à aids e zero discriminação. O UNAIDS une os esforços de 11 organizações da ONU – ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, UNODC, ONU Mulheres, OIT, UNESCO, OMS e Banco Mundial – e trabalha em colaboração com parceiros nacionais e internacionais para maximizar resultados da resposta à aids (UNAIDS, 2018).

Figura 1 – Mapa representando o número de pessoas contaminadas em seus continentes do ano de 2017.



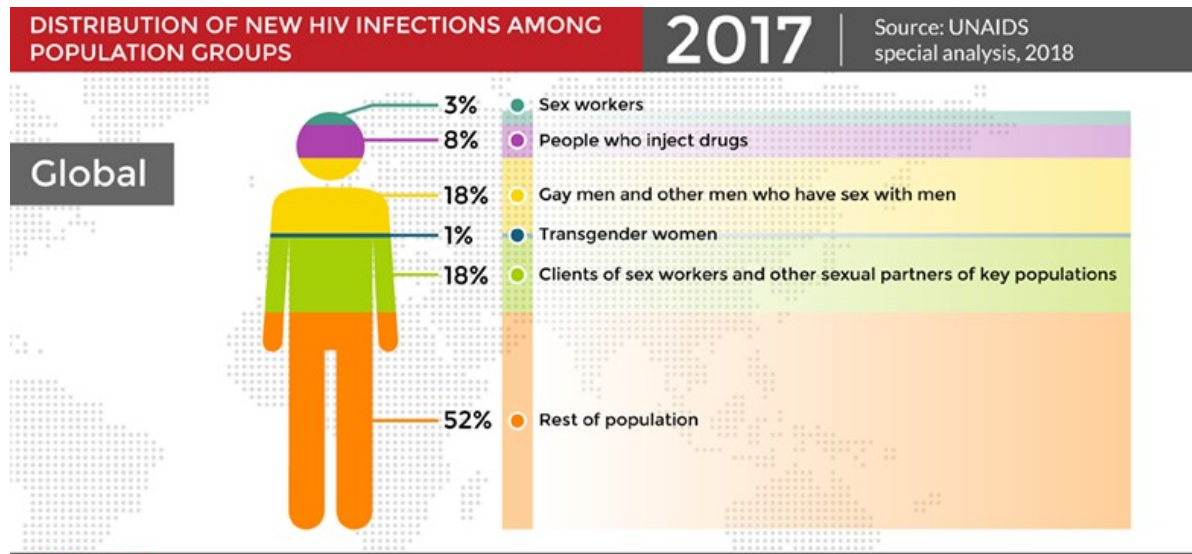
Fonte: Relatório anual sobre Aids, UnaidS (2018).

Estes dados apresentados na figura 1 são informações mundiais provenientes das estatísticas sobre HIV/aids do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids do ano 2017. Em 2017, 21.700.000 de pessoas que vivem com o HIV tiveram acesso à terapia antirretroviral, um aumento de 2,3 milhões desde 2016. Sendo que 59% das pessoas que vivem com HIV tiveram acesso ao tratamento. Desde o pico alcançado em 1996, de novas infecções por HIV esses números foram reduzidos em 47% em 2017. Desde o pico atingido em 2004, os casos de mortes relacionadas à aids foram reduzidos em mais de 51% em todo o mundo (UNAIDS, 2017).

Apresentamos na figura 1 o número de casos de aids com destaque para a África Subsaariana. Apesar do destaque para essa região, percebemos a diminuição considerável de novos casos comparados com anos anteriores devido às novas políticas de saúde que vêm se desenvolvendo naquele continente. Porém, apesar de todos os esforços e continuidade das políticas públicas pelo mundo em relação ao controle da aids, o número de contaminados ainda é alto. Enquanto se percebe que o número de casos diminui no mundo, o contrário acontece no Brasil, com um aumento de 11% nos casos, como visualizado no mapa (UNAIDS, 2017).



Figura 2 - Distribuição de novas infecções por HIV entre grupos populacionais

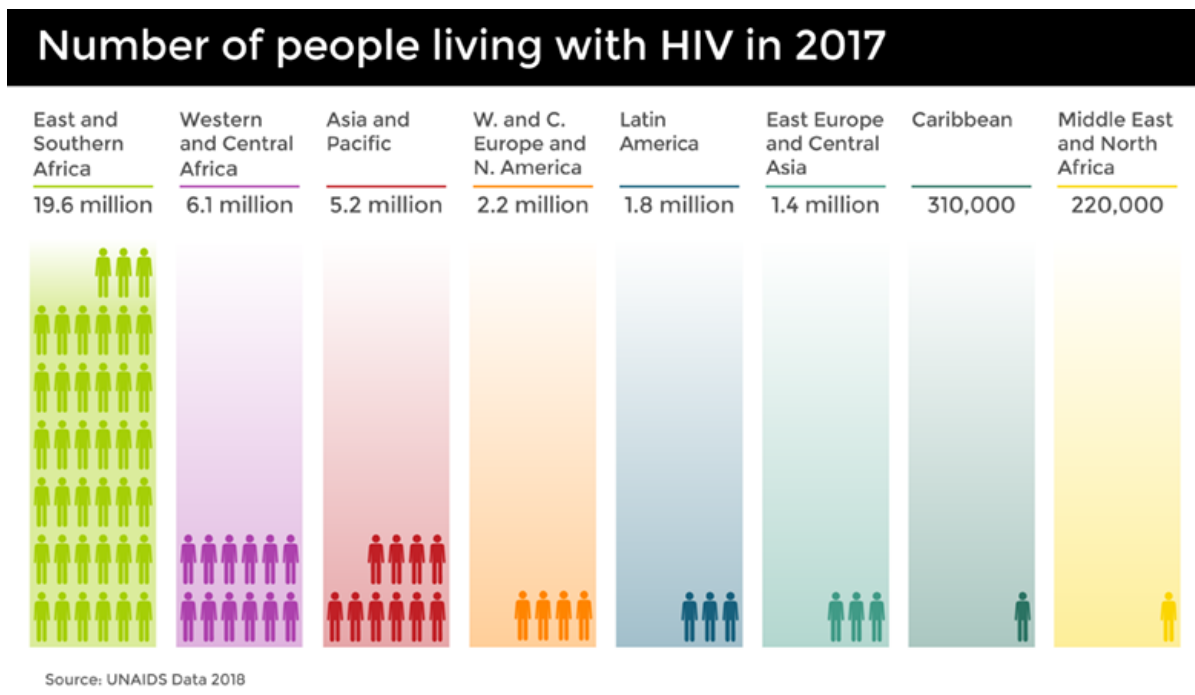


Avert) www.avert.org

Fonte: Relatório anual sobre Aids, Unaid (2018).

Conforme observamos na figura 2, os principais grupos populacionais e seus parceiros sexuais representam: 47% das novas infecções por HIV em todo o mundo. O risco de contrair o HIV é: 27 vezes maior entre homens que fazem sexo com homens. 23 vezes maior entre pessoas que injetam drogas. 13 vezes maior para profissionais do sexo. 13 vezes maior para mulheres transexuais (UNAIDS, 2017).

Figura 3 - Número de pessoas vivendo com HIV em 2017.



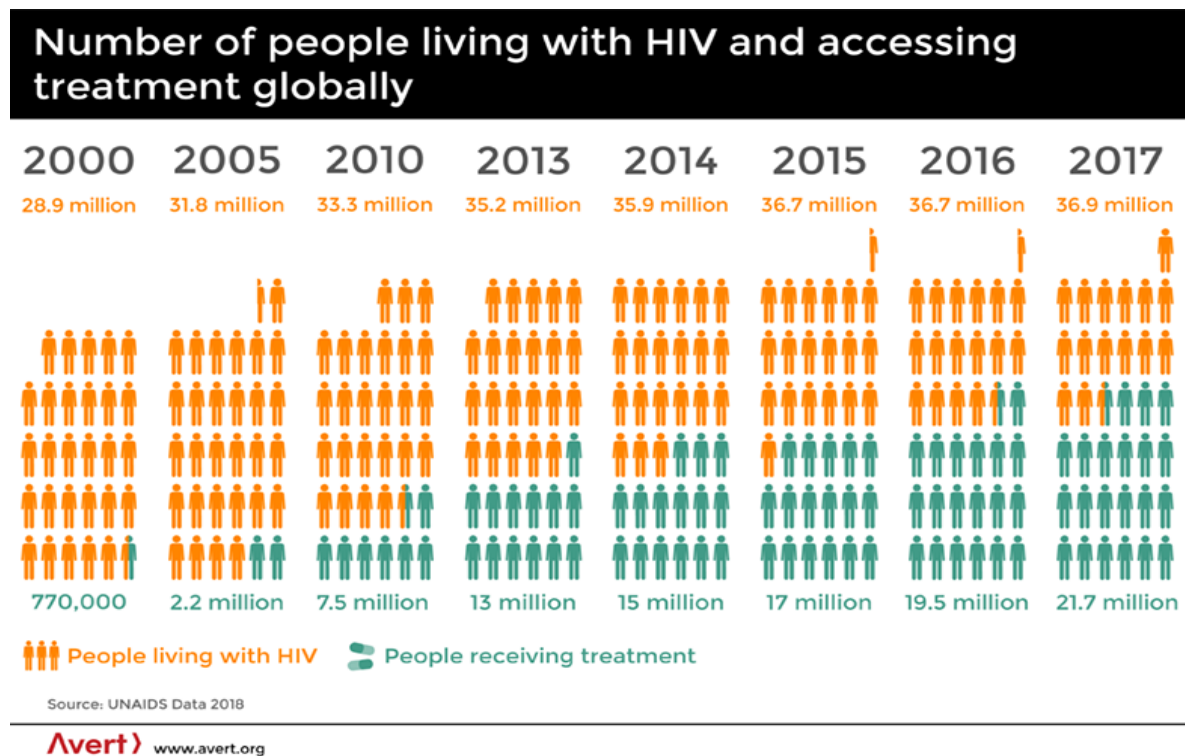
Source: UNAIDS Data 2018

Avert) www.avert.org

Fonte: Relatório anual sobre aids (UNAIDS, 2018).

A cada semana, cerca de 7.000 jovens entre 15 e 24 anos são infectados pelo HIV. Na África Subsaariana, três de quatro novas infecções afetam adolescentes entre 15 e 19 anos de idade. Mulheres jovens entre 15 e 24 anos têm duas vezes mais chances de viver com o HIV do que os homens. Mais de um terço (35%) das mulheres em todo o mundo sofreram violência física ou sexual em algum momento de suas vidas, e em algumas regiões, as mulheres vítimas de violência têm 50% mais chances de serem infectadas pelo HIV (UNAIDS, 2018).

Figura 4 - Número de pessoas vivendo com HIV e aceitando o tratamento no mundo.



Fonte: Relatório anual sobre aids, UnaidS (2018).

Em 2002, foi criado o Fundo Global, idealizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pelos países do G8, que são um grupo internacional formado pelos sete países mais desenvolvidos e industrializados do mundo, com a participação adicional da Rússia. A União Europeia também é representada nos encontros anuais do grupo. O embrião do G8 foi criado em 1975, pelo presidente da França Valéry G. d'Estaing. O Fundo Global é uma instituição de financiamento internacional, especializada em levantar recursos para custear programas de prevenção e tratamento da aids, malária e tuberculose pelo mundo. Bill Gates, o fundador da Microsoft, fez a primeira doação para a entidade (WORLD BANK, 2015).

Este fundo financia projetos de prevenção e tratamento da aids no mundo inteiro, fala em evitar 10 milhões de mortes e 180 milhões de novas infecções entre 2012 e 2016. O relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids vai ainda mais longe. Fala de "zero novas infecções, zero mortes", sem especificar datas, como uma aspiração. Há alguns anos, parecia impossível falar sobre o fim da epidemia em curto prazo. No entanto, a ciência, o apoio político e as respostas comunitárias estão começando a dar resultados visíveis sobre a epidemia (UNAIDS/ONUSIDA, 2010; WORLD BANK, 2015; UNAIDS, 2017).

A instituição firma parceria entre governos, sociedade civil, setor privado e comunidades afetadas e trabalha de maneira que os próprios países implementam seus programas - não há ação direta do Fundo, apenas o financiamento. As verbas são liberadas com base em um modelo vinculado ao desempenho de cada país. Assim, os países vão recebendo o total aprovado por parcelas, liberadas conforme os resultados vão sendo atingidos (UNAIDS, 2017; WORLD BANK, 2015).

Até o final de 2017, havia 21,3 bilhões de dólares disponíveis para a resposta à aids em países de baixa e média renda, 56% do total de recursos alocados para o HIV nesses países em 2017 vieram de fontes nacionais. O UNAIDS estima que sejam necessários US \$ 26,2 bilhões para a resposta à aids em 2020 (UNAIDS, 2017).

Em 2017, três em cada quatro pessoas vivendo com o HIV (75%) sabiam seu status. Entre as pessoas que sabiam seu status, quatro em cada cinco (79%) tiveram acesso ao tratamento. E entre as pessoas que tiveram acesso ao tratamento, quatro em cinco (81%) atingiram a supressão viral, 47% de todas as pessoas que vivem com o HIV têm uma carga viral indetectável (UNAIDS, 2018).

Desde 1986, a Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional para o financiamento do HIV/aids nas regiões aumentou seus fundos de investimento chegando a movimentar US\$ 30 bilhões em 2010 (CDC, 2011; MARTINS *et al.*, 2014).

Segundo o relatório da Unids, 2017 o número de pacientes tratados com antirretrovirais em todo o mundo chegou aos 21,7 milhões de pessoas em junho de 2017. Sem dúvida, esse número aumentou muito nos últimos anos. Em 30 de julho de 2015, a Casa Branca lançou a Estratégia Nacional para os Estados Unidos com relação ao HIV/aids, *General Programme of Work* (UNAIDS, 2017) atualizada para até 2020. Trata-se de um documento para o acompanhamento da estratégia similar lançada em 2010, a qual refletiria o progresso alcançado nos últimos cinco anos, bem como a abordagem dos novos desenvolvimentos científicos na resposta ao HIV. As estratégias estão pautadas nos seguintes objetivos:

- a) reduzir novas infecções pelo HIV;
- b) aumentar o acesso ao tratamento e melhorar os resultados de saúde para todas as populações que vivem com HIV;
- c) reduzir disparidades relacionadas ao HIV e às desigualdades na saúde; e
- d) atingir uma resposta nacional mais coordenada (UNAIDS, 2017).

As estratégias são:

- a) Abordagem de Determinantes Sociais:
- b) Abordagem ao tratamento holístico e retenção:
- c) Abordagem à Prevenção:
- d) Abordagem à educação:
- e) Implementação de respostas individualizadas:

Os EUA foram e continuam a ser os maiores doadores de recursos financeiros com relação à aids mundial e, em troca da contribuição financeira, eles procuraram influenciar como outros países devem responder à epidemia. A falta de uma política clara nos EUA com relação à sua própria epidemia na maior parte das últimas três décadas e meia é compreensivelmente algo que afetou muitos outros países e possivelmente tenha estimulado atitudes negligentes com o HIV de diversos governos. Nesse sentido, o fato dos EUA estarem avançando com um plano mais deliberadamente articulado sobre como responder à epidemia do HIV dentro de suas fronteiras é uma importante decisão. Apesar de todas as políticas públicas e investimentos mundiais em relação ao HIV/aids, percebe-se que este ainda está se espalhando a uma velocidade alarmante nos EUA, atingindo principalmente jovens entre 15-24 anos de idade (UNAIDS, 2017).

As políticas públicas de saúde com relação ao HIV/aids no Brasil foram marcadas por fases distintas, considerando-se o avanço tecnológico, o desenvolvimento dos conhecimentos científicos, a participação de diferentes segmentos sociais e institucionais na elaboração das respostas à epidemia (BRASIL, 2017; REIS; ARAÚJO; CECILIO, 2014).

No Brasil, a epidemia do HIV/aids surge em momento de grandes mudanças históricas no campo político no país. A primeira fase data do início da década de 1980, quando surgiram os primeiros casos de aids no país. Essa fase se caracteriza pela omissão das autoridades governamentais, em especial no plano federal, em relação à doença. A população vivia uma onda de medo, estigma e discriminação (MALISKA *et al.*, 2009).

As primeiras respostas à epidemia surgiram das comunidades afetadas e de setores progressistas, levando à formação das primeiras organizações não governamentais que buscavam respostas em relação à doença, visto que até aquele momento nenhum setor

governamental havia se pronunciado em respeito à epidemia. Com o surgimento de uma resposta federal, iniciada pela pressão de um número crescente de programas estaduais e municipais de aids, a segunda fase da resposta política à epidemia no Brasil parece estender-se aproximadamente de 1986 até o início de 1990, quando a liderança do Programa Nacional de IST/aids (PNDST/aids) mudou pela primeira vez os seus dirigentes, seguindo as mudanças políticas do país. A terceira fase na evolução das políticas públicas em resposta à epidemia do HIV/aids, corresponde ao período de 1990 a 1992, marcada por uma completa falta do diálogo entre a sociedade civil e o governo federal, tornando ainda mais clara a dificuldade de sustentar uma resposta a longo prazo (VILLARINHO *et al.*, 2013; BRASIL, 2017).

Portanto, o referencial que orienta este estudo parte das políticas públicas voltadas para o HIV/aids, e todos os esforços que orientam a prevenção e o tratamento da doença, nos mais variados níveis da atenção, para, então, conhecer a estratégia mais assertiva no Brasil, os Centros de Testagem e Aconselhamento.

## 2.2 OS CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS AO HIV/AIDS NO BRASIL

No Brasil, em 1988, o Ministério da Saúde, por intermédio do Programa Nacional de DST e aids, iniciou a criação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) para a detecção do vírus HIV e de outras IST, instituindo o aconselhamento como o principal instrumento de intervenção em saúde, visando à prevenção da infecção e a detecção precoce da doença (BRASIL, 2012a).

Os primeiros COAS, implantados nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, tinham como diretrizes atuar como centro de divulgação de informações sobre a prevenção da infecção pelo HIV, sob a forma de palestras coletivas e consultas individuais; realizar testes gratuitos e anônimos, antes disponíveis apenas em bancos de sangue e laboratórios especializados; oferecer interpretação correta para os testes realizados, seguida de orientação sobre as medidas preventivas cabíveis e encaminhar os indivíduos soropositivos para o atendimento em serviços de atenção primária (BRASIL, 2012b).

A partir de 1989, as estratégias de testagem e aconselhamento passam a ocupar um lugar de destaque nos programas de prevenção. A disponibilização do teste para um maior número de pessoas tem sido uma tendência constante, cada vez mais enfatizada (WOLFFENBUTTEL; CARNEIRO, 2007; BRASIL, 2008a).

Em 1997, a Coordenação Nacional de DST/aids publicou o documento “Aconselhamento em DST/HIV e aids – Diretrizes e procedimentos básicos”, e a partir de então, os COAS passaram a ser denominados de CTA, e a partir de 1999, os recursos para a implantação de novos CTAs foram descentralizados para estados e municípios, que passaram a se responsabilizar pela elaboração dos novos projetos e pela formação dos gerentes e profissionais dos serviços (SCHNEIDER, 2008; BRASIL, 2008a).

No ano de 2003, foi criado o Programa Nacional de Hepatites Virais pelo Ministério da Saúde e os CTAs passaram a ser estratégicos para ampliar o diagnóstico das hepatites B e C. Neste sentido, os CTAs passaram a ter a possibilidade de oferecer a população além dos testes de diagnóstico de HIV, incluindo o teste Elisa e confirmatórios, o teste de sífilis e triagem sorológica para hepatites B e C (BRASIL, 2008a).

A estrutura assistencial voltada a aids alcançou no país, no ano de 2017, 1.046 serviços em nível ambulatorial especializado em HIV/aids, 95 hospitais-dia, 434 hospitais convencionais e 53 assistências domiciliares terapêuticas. As Unidades Dispensadoras de Medicamentos somam 664 distribuídas nos 27 estados da federação, além de 518 CTAs até o ano 2015, sendo que não há dados disponíveis para o ano 2017. As diretrizes do controle da epidemia no país são, por um lado, reflexo dos princípios legais do SUS, e por outro, da evolução dinâmica da resposta de uma sociedade ao desafio representado por esta epidemia: a integração entre prevenção e assistência; o respeito aos direitos humanos e diálogo com a sociedade; trabalho conjunto entre governo e organizações não governamentais; acesso universal ao tratamento; produção doméstica de medicamentos (ONUSIDA, 2012, MALISKA; PADILHA; ANDRADE, 2015; UNAIDS, 2018).

Esses serviços de testagem e aconselhamento devem oferecer ao usuário uma recepção acolhedora, um fluxo interno rápido que resulte em um tempo mínimo de espera para a coleta de sangue, para a disponibilidade rápida dos resultados e para o aconselhamento pré e pós-teste dos exames realizados. Deve dispor ainda de uma rede de serviços para a continuidade do tratamento caso seja necessário (MALISKA; PADILHA; ANDRADE, 2015; UNAIDS, 2016).

As intervenções em saúde pública devem assegurar que suas ações e estratégias permitam maior qualidade de vida e alto índice de sobrevivência para um número máximo de pessoas que vivem com HIV/aids e, assim, preservar o acesso aos mais necessitados e doentes (BRASIL, 2018).

Devido aos avanços terapêuticos conquistados e disponibilizados, o conhecimento precoce da infecção pelo HIV, assegura mais chances de manter uma boa qualidade de vida, a

partir de um melhor monitoramento das condições de saúde, além do que, ao conseguir a manutenção de uma baixa carga viral, indiretamente contribui também para diminuir as chances de outras pessoas serem infectadas. Por outro lado, o impacto das ações dos CTAs para a redução da incidência de HIV está diretamente relacionado à capacidade do aconselhamento de dar suporte e facilitar a mudança de comportamento em situações de risco de portadores e não portadores do HIV (SOARES, 2011).

Os CTAs, ao terem no aconselhamento sua tarefa primordial, abordam de forma permanente temas pessoais (como a sexualidade) e coletivos (preconceitos, tabus, direitos sociais etc.). Desta forma, pratica uma modalidade de assistência que dá voz, crédito e escuta ao sujeito. Nesses serviços, essa é uma estratégia fundamental, uma vez que sem o engajamento e a participação ativa desse sujeito, poucas são as chances de ampliarmos os comportamentos e valores capazes de evitarem as IST e o HIV. As diretrizes dos CTAs devem ser pautadas na visão integral do ser humano, onde o biológico, o psicológico e o social/cultural entrelaçam-se de forma absolutamente indissociável, necessitando contemplar um tipo de atenção que valorize todos estes aspectos (SCHNEIDER, 2008; SOARES, 2011). Os CTAs vêm sendo uma grande ferramenta para prevenção do HIV e a diminuição do número de casos na resposta à aids, pois através das consultas e testes é possível evitar novas infecções e economizar recursos financeiros com diminuição da demanda de novas pessoas contaminados (SOARES, 2011).

Enquanto ferramenta de prevenção, o tratamento do HIV deve ser um componente crítico de uma combinação de estratégias baseadas em evidências (conhecida como ‘prevenção combinada’), que é a principal ação desenvolvida nos centros de testagem e aconselhamento. O início precoce do tratamento traz ainda mais benefícios para a saúde e para a economia (UNAIDS, 2016).

O aconselhamento e a testagem anti-HIV têm se colocado como estratégias centrais no enfrentamento global da epidemia do HIV/aids no Brasil. Na literatura sobre o tema, poucos estudos se debruçaram sobre a experiência das enfermeiras sobre a HIV ou sobre especificidades e limites impostos pela dinâmica desta política pública de saúde e deste tipo de assistência diagnóstica realizada por enfermeiros ou enfermeiras.

Como descrito pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), há um importante problema nos CTAs que compromete essa estratégia de prevenção ao interromper o processo de testagem visto que muitos pacientes não dão continuidade à rotina necessária de consulta, teste e retorno ao profissional do CTA, isso não assegura o atendimento de forma integral: o não retorno de usuários para buscar resultado de exame sorológico para HIV também é um

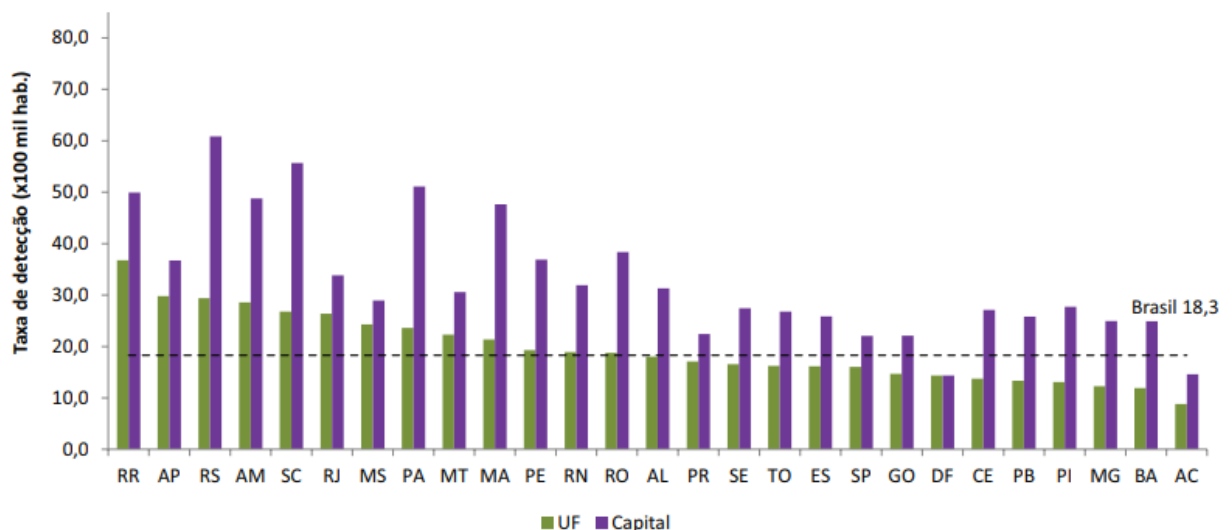
fator importante a ser salientado. Através dessa colocação percebe-se a importância de um profissional enfermeiro estar presente durante todo o processo de testagem e aconselhamento, sendo ele o profissional melhor preparado para atuar frente a essa demanda, realizando a consulta e os encaminhamentos necessários, além de busca ativa em casos de não retorno.

Os CTAs atuam promovendo o vínculo entre a prevenção e a assistência. Estes serviços, junto a outras estratégias, têm sido determinantes para garantir o direito à assistência médica, de enfermagem e à terapia combinada a todos que dela necessitam, efetivando os princípios do SUS de universalidade e integralidade (WOLFFENBUTTEL; CARNEIRO, 2007).

No contexto de políticas públicas de saúde, o Brasil tem demonstrado êxito em suas ações frente à epidemia de HIV/aids. O programa brasileiro de controle da epidemia é tomado como exemplo de sucesso internacionalmente. As políticas e programas de prevenção, a universalidade da atenção (embasada nos princípios do SUS), o acesso ao tratamento por antirretrovirais são os pilares da atuação brasileira bem sucedida. Os dados do Boletim Epidemiológico aids 2015 atualizados até junho de 2015, contabilizam 798.366 casos de aids (doença já manifesta) registrados desde 1980 (BRASIL, 2015).

Na figura 5, extraída do Boletim Epidemiológico HIV/aids – 2018, podemos ilustrar a distribuição e concentração dos casos de aids, segundo município do Brasil, no ano 2017.

Figura 5 – Distribuição e concentração dos casos de aids, segundo município do Brasil, no ano 2017.



Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/aids (2018).

Dentre os destaques relevantes deste Boletim de 2018, fica reiterado o fato de que o crescimento de aids na juventude (15 a 24 anos) continua sendo de grande preocupação para a

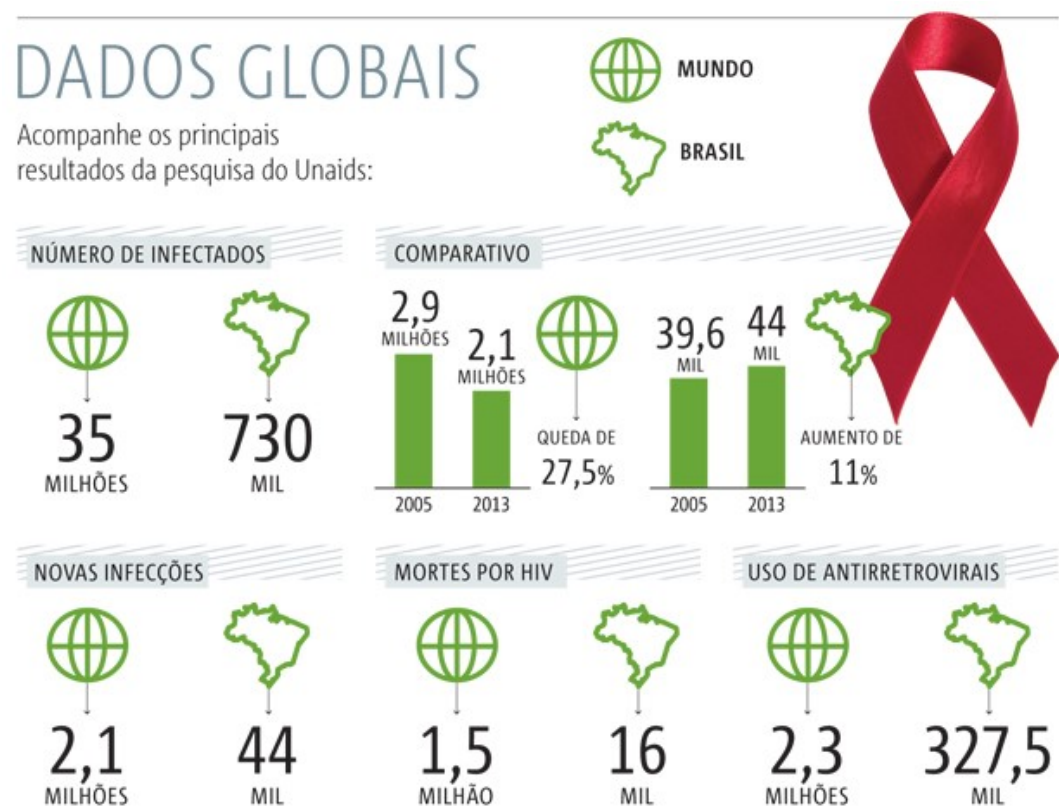


saúde pública. As regiões com maior número de casos notificados são a região Sul e Sudeste do país (BRASIL, 2018).

Na figura faz um comparativo entre os dados da população mundial e os casos de aids no Brasil, e fica claro que apesar de todos os esforços e campanhas públicas de saúde o caso do Brasil ainda é preocupante com um aumento de casos em torno de 11%, de 2005 a 2014, enquanto no Mundo o número de casos de aids diminui significativamente.

Porém quando vemos com outra perspectiva podemos nos questionar se estes dados também podem ser resultados das notificações realizadas no Brasil, visto que o Brasil é um dos poucos países que tem a notificação o maior número de notificações.

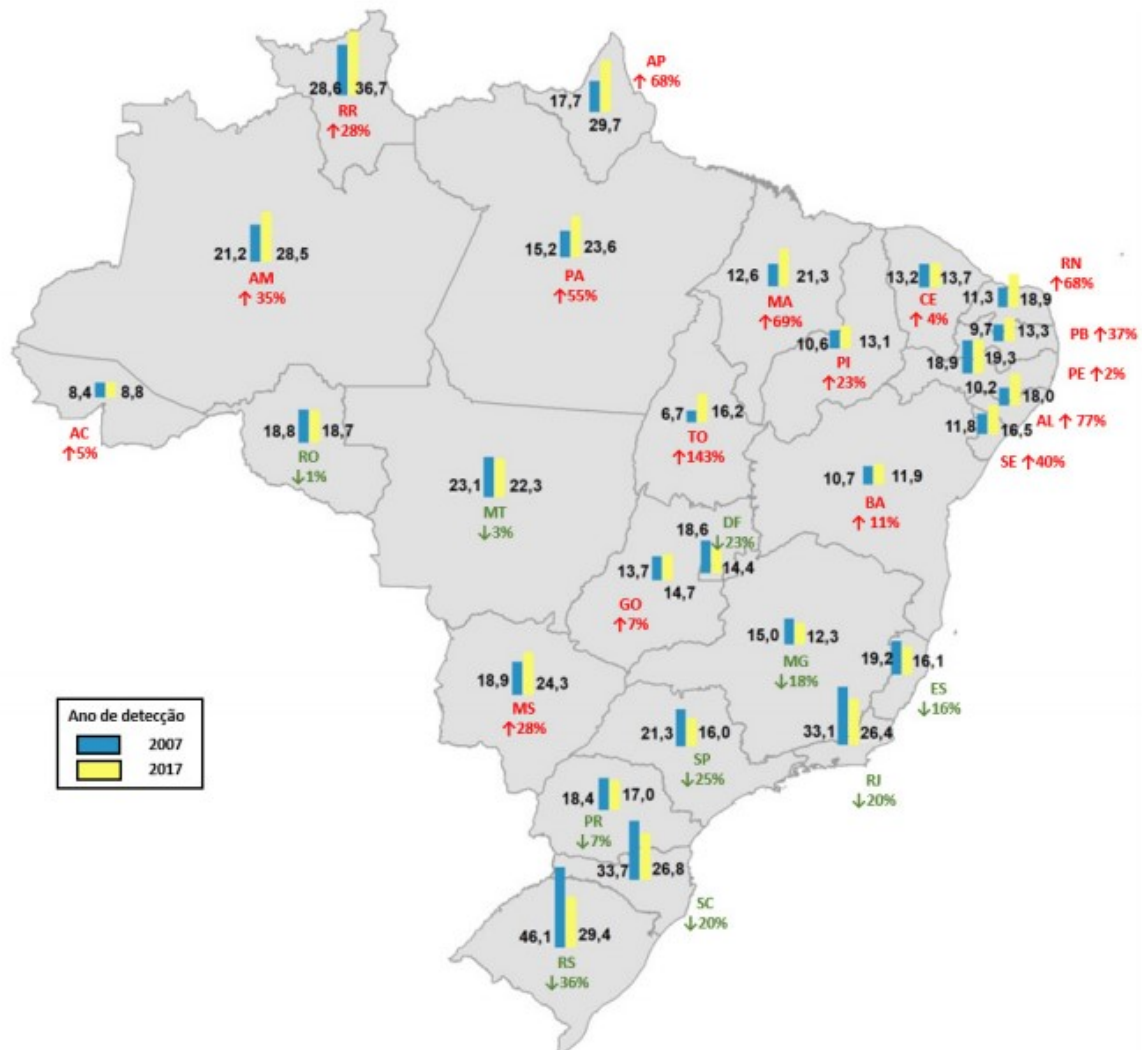
Figura 6 – Comparativo entre os dados da população mundial e os casos de aids no Brasil, 2015.



Fonte: UNAIDS (2016).

Na figura 6 podemos observar o comparativo de dados mundiais com dados no Brasil, comparando o ano 205 ao ano 2013 este olhar nos faz evidenciar a diminuição dos infectados em nível mundial e um aumento de 11% entre 2005 e 2013 no Brasil. Estes dados estatísticos são de suma importância para que novas estratégias sejam traçadas para a diminuição do número de caso e de comorbidade entre os infectados.

Figura 7 – Taxa de detecção de aids (x100 mil hab.) e percentual de declínio ou incremento, segundo UF de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 2007 e 2017\*.



Fonte: Sinan; Siscel/Siclom; SIM.

Nota: (\*) Casos notificados no Sinan e Siscel/Siclom até 30/06/2018; no SIM, de 2000 a 2017.

Os dados apresentados na figura 8 demonstram aumento dos casos na região norte e nordeste enquanto o sul aparece em declínio nos últimos 17 anos. Estes dados deixam alguns questionamentos importantes sobre as formas de notificação e sobre os casos de aids no Brasil: onde está ocorrendo a falha para o aumento destes casos? Será que o Brasil, aparece como prevalência devido à forma de notificação que existe? Como avaliar as políticas públicas sobre aids? Quais estratégias precisam ser repensadas e reavaliadas no Brasil?

A testagem anti-HIV tem se colocado em muitos programas mundiais de controle da aids/HIV como uma importante estratégia. Neste cenário, caberia explorar tais experiências, analisando suas bases e realizando uma compreensão do papel deste tipo de assistência dentro dos serviços e políticas públicas de saúde com vistas a possíveis alterações rumo a uma

democratização, maior efetividade e alcance desta proposta de intervenção (VILLARINHO *et al.*, 2013; MALISKA; PADILHA; ANDRADE, 2015).

Os CTAs são unidades de saúde que oferecem o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV, de forma gratuita, atendendo a sua demanda social, espontânea e provocada. Atuam também como serviços de referência para informações sobre prevenção das IST/aids, através das ações de aconselhamento, estas não se destinam exclusivamente àqueles que desejam realizar o exame anti-HIV, ampliando-se às pessoas com IST e HIV/aids, seu(s) parceiro(s) sexual(is) e aqueles que buscam ajuda devido a prováveis situações de risco (WOLLFENBUTTEL, 2007; BRASIL, 2010).

A política de testagem e aconselhamento em HIV/aids teve início no mundo em 1985, nos Estados Unidos, com a disponibilização da testagem gratuita fora dos bancos de sangue.

No Brasil, o processo de testagem foi implementado em 1988, tornava-se obrigatória a testagem de todo o sangue a ser transfundido, estabelecendo a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando prevenir a propagação de doenças. Com o aumento do número de casos, a estratégia de testagem e aconselhamento passou a ocupar lugar de destaque nas ações de prevenção. Entravam no cenário brasileiro os COAS, mais tarde denominados CTAS (SOARES, 2011).

A partir de 2003, o diagnóstico do HIV passou a ser umas das principais prioridades da resposta nacional à aids, pelo incentivo à criação de novos serviços e a incorporação do diagnóstico na rede de saúde pública do país. Houve uma importante ampliação dos municípios incluídos na política federal de repasse de recursos para programas de aids, assim como campanhas de realização do diagnóstico do HIV pela população em geral, denominada "Fique Sabendo" (VILLARINHO; PADILHA, 2014, UNAIDS, 2016).

Os CTAs estão implantados em municípios com taxas médias e altas de incidência do HIV, abrangendo 49% da população brasileira e 69% dos casos de aids conhecidos. A taxa de incidência do HIV nas cidades com CTA é 1,4 vezes maior do que nas localidades que não disponibilizam o serviço. Isso demonstra que a abertura dos CTAs está associada à prioridade municipal de diagnosticar o HIV e à existência de uma rede de saúde mais estruturada. Nas cidades onde os CTAs estão implantados, o número de testes para cada mil habitantes é 2,4 vezes maior do que em locais onde não há CTA (UNAIDS, 2016).

Até abril de 2015, no Brasil, existiam 518 CTAs distribuídos nas macrorregiões: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste sendo que a maior concentração se encontra na região Sudeste (BRASIL, 2015).

O Brasil é reconhecido mundialmente como um país que contribuiu para os avanços e resultados que estão sendo apresentados nos relatórios mundiais da ONU do ano 2015 sobre HIV/aids, o País tem melhorado na identificação dos casos de HIV/aids, o que se deve à melhora na expertise da oferta de diagnóstico, com os consultórios na rua, e os CTAs (UNAIDS, 2016).

Para Wolffenbüttel (2007), os serviços de testagem fornecem uma oportunidade de realizar intervenções individualizadas entre um grande número de pessoas, maior do que qualquer outro programa de prevenção em HIV. Tal estratégia, no entanto, demanda um grande investimento financeiro e técnico, por isso, é importante que o serviço de testagem e aconselhamento tenha seu propósito e sua efetividade constantemente reavaliada.

Segundo o Manual de Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (BRASIL, 2010, p.10), os objetivos destes centros são: expandir o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV; contribuir para redução de riscos de transmissão do HIV; estimular a adoção de práticas sexuais seguras; encaminhar pessoas HIV-positivas para os serviços de referência, auxiliando os usuários no processo de adesão aos tratamentos antirretrovirais; absorver a demanda por testes sorológicos em bancos de sangue; estimular o diagnóstico entre parceiros sexuais; auxiliar os serviços de pré-natal para a testagem sorológica de mulheres gestantes; e levar informações sobre prevenção das IST/HIV/aids e sobre o uso indevido de drogas para grupos específicos (BRASIL, 2010).

A dinâmica do atendimento varia de acordo com o perfil tecnológico de cada CTA, mas trata-se basicamente de três etapas: aconselhamento pré-teste, que não é compulsório e pode ser coletivo ou individual, no qual são expostas informações gerais sobre as vias de transmissão do HIV, é feito o preenchimento do formulário Sistema de Informação dos Centros de Testagem Aconselhamento em aids (SI-CTA) e o esclarecimento de dúvidas frente ao processo de testagem; a testagem propriamente dita (coleta do sangue); e o aconselhamento pós-teste que necessariamente deverá ser realizado individualmente, pois é neste momento que o sujeito tomará conhecimento do seu status sorológico. Neste último, em caso de soro negatividade, são negociados métodos de prevenção que poderão ser adotados pelo usuário e, em casos de soro positividade, o aconselhamento deixa de ser apenas uma exposição de informações referentes à prevenção para se tornar um momento de apoio psicológico e encaminhamento do sujeito para tratamento. A rotina do aconselhamento coletivo prevê:

apoio emocional; apoio educativo, com troca de informações sobre os modos de transmissão, prevenção, tratamento e janela imunológica; e avaliação de riscos, que propicia a reflexão sobre valores, atitudes e condutas junto ao usuário, em busca da elaboração de estratégias de redução de riscos (BRASIL, 2010).

A dimensão ética e dos direitos humanos implicadas na oferta desse serviço diagnóstico, embora pouco discutidas pela literatura e incorporadas nas diretrizes e regimentos dos CTA. No Manual de Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (BRASIL, 2010) são explicitadas as prerrogativas éticas da oferta do teste anti-HIV, e uma das premissas básicas para que um cidadão realize o seu exame anti-HIV e a voluntariedade desta decisão. Isso quer dizer que informações consistentes devem ser disponibilizadas àqueles que desejam conhecer sua condição sorológica, tendo em vista as possíveis repercussões que este resultado poderá trazer para a vida do usuário. Neste sentido, as ações de aconselhamento pré-teste são muito úteis, pois além de permitirem uma decisão consciente e apoio emocional, podem fazer com que o indivíduo reavalie a necessidade da realização do teste. Da mesma maneira, os princípios de confiabilidade dos exames, agilidade do encaminhamento para serviços de referência, gratuidade e confidencialidade devem constituir os pilares éticos dos CTA para que todo o processo aconteça de forma a garantir a cidadania e o respeito à pessoa humana (BRASIL, 2010). Neste contexto vale lembrar a importância do profissional de saúde que fara este contato e está ponte em relação às informações e a continuidade do atendimento com o usuário, destacando o papel do enfermeiro nesta condição de atendimento.

Os CTAs foram sendo implantados em várias regiões do país, organizando-se de formas diferentes, tomando formatos de atenção diversos em razão do processo de descentralização político-administrativo colocado em curso nos últimos anos pelo MS, assim como, em função das mudanças no perfil epidemiológico da aids.

Um inquérito do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), analisou a diversidade na forma de organização dos CTAs e apontou quatro perfis tecnológicos: (1) básico, (2) assistencial, (3) atenção integral e (4) promoção de saúde. O primeiro está direcionado essencialmente para o diagnóstico e atividades profiláticas da transmissão vertical do HIV, não sendo muito voltado para outras ações de prevenção e assistência, e atendendo predominantemente gestantes. O modelo assistencial oferta com frequência o tratamento para as IST, mas há poucas ações de prevenção, e a clientela atendida é composta de “populações vulneráveis” e usuários encaminhados. O terceiro perfil, o de atenção integral, é o grupo de serviços que mais realiza atividades assistenciais e preventivas, assim como o tratamento das

IST. Por último, os serviços caracterizados como de perfil promoção de saúde são os que mais possuem CTAs volantes, com maior proporção de atendimentos noturnos.

Grangeiro e colaboradores (2009) apontam que, apesar das sucessivas modificações, que poderiam em tese, contribuir para uma indefinição do papel dos CTAs, com o tempo estes serviços não apenas subsistiram, como se multiplicaram em número e ampliaram seu espectro de ação. Desse modo, tal fato poderia indicar o fortalecimento do CTA e dos profissionais de enfermagem que nele atuam. No entanto, a falta de um formato único e institucionalizado do CTA (adaptado às realidades locais de cada município) parece determinar a visibilidade ou divulgação dos serviços de testagem entre a população. Para a utilização deste serviço ainda precisa contar com a indicação médica ou de outros serviços da rede pública de saúde para atrair usuários. O que parece evidente é o papel da chamada *snowball* entre casais usuários do serviço e a rede pessoal de sociabilidade (amigos e parentes que já usaram o serviço), como meio de indicação para realização do teste (SOUZA; CZERESNIA, 2010).

De fato, este não é um serviço absolutamente reconhecido pela população usuária do SUS, pergunte aos seus familiares e amigos e iremos perceber que muitos nunca nem ouviram falar sobre o CTA e muito menos compreendem como é o seu funcionamento e sua importância.

Após quase 40 anos da implantação do primeiro CTA no país e 20 anos de acesso universal à terapia antirretroviral, muitas coisas mudaram como a ampliação ao acesso da população brasileira à testagem, prioritariamente os segmentos populacionais mais vulneráveis, a descentralização da testagem e aconselhamento para o HIV na atenção básica intensificou-se, possibilitando maior cobertura e acessibilidade (ZAMBENEDETTI, 2014). Em 2010 foi necessária a atualização das diretrizes dos CTAs no Brasil para realinhar e atualizar as diretrizes de organização do processo de trabalho dos CTA, de forma a fortalecer a contribuição desses serviços no enfrentamento das IST, aids e das hepatites B e C. Sua construção está baseada nos dados do estudo “Diagnóstico Situacional dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Brasil” e nas proposições amplamente debatidas no Seminário “Atualização das Diretrizes Organizacionais dos CTA do Brasil” (BRASIL, 2010). O CTA hoje deriva de uma diversidade de configurações devido a modificações no perfil da epidemia de aids e na organização da rede de saúde do país. Com o passar dos anos ocorreu o surgimento de novas demandas, sendo necessário agregar novas atribuições aos CTA; as tendências de feminização, interiorização e pauperização da epidemia, que determinaram a criação de novas estratégias de ampliação do acesso ao diagnóstico, como sua implantação na rede básica de saúde; a necessidade de aumentar o conhecimento da população brasileira

sobre os modos de prevenção e transmissão do HIV, que reforça o papel desses serviços na disseminação de informações corretas e cientificamente embasadas sobre a doença; da década de 80 até os dias atuais foi necessário investir na descentralização da gestão da saúde, que possibilitou a implantação de novos CTA por iniciativa de estados e municípios.

### 2.3 SÉCULO XXI: MUDANÇAS E DESAFIOS DOS CTAS

No início do século XXI, a ênfase nacional foi a incorporação dos testes anti-HIV na rede pública de saúde, apresentando especial atenção para os serviços de atenção básica. Dessa maneira, os CTA apresentaram grande importância, abrangendo diversos municípios e regiões prioritárias. Entretanto, acredita-se que, com a nova realidade epidemiológica, a redução do preconceito e do estigma, a melhora na qualidade do sangue transfundido e a consolidação da atenção básica não justificavam novos investimentos para a manutenção e ampliação de serviços com as características dos CTA, por isso, em muitas regiões esses serviços de saúde básica não são realizados devido a esse cenário, o que gera grandes desafios para a consolidação e funcionamento desses serviços (BRASIL, 2008a).

Com esses desafios e ao mesmo tempo, o diagnóstico da infecção pelo HIV passa a ser uma das principais prioridades da política nacional, definido no plano estratégico nacional e no novo acordo de empréstimo firmado entre o Governo Brasileiro e o Banco Mundial (AIDS II). Isso provoca uma dupla realidade na organização dos CTA (MIRANDA-JUNIOR, 2014).

Nesse contexto, os CTAs passam a ser locais estratégicos de produção e disseminação de novos conhecimentos sobre a epidemiologia do HIV, na medida em que esses serviços concentram, em maior proporção, os casos de recém-infectados e de populações mais expostas ao risco da infecção. Para apoiar uma nova função dos CTAs, em 2001, o MS iniciou o desenvolvimento e implantação de um sistema de informações específico, o Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA) (BRASIL, 2008a).

Além de informações epidemiológicas, essa ferramenta oferece instrumentos para a gestão dos serviços, tais como: o registro de atendimento ao usuário e o controle de amostras de sangue. Já no ano de 2003, fatores importantes influenciaram na organização da rede de CTA. Nesse ano, foi criado o Programa Nacional de Hepatites Virais pelo Ministério da Saúde e os CTA se tornam estratégicos para ampliar o diagnóstico das hepatites B e C (BRASIL, 2008a).

Em relação aos serviços, o MS realiza um amplo processo de capacitação aos servidores em todo o território nacional, em hospitais e laboratórios públicos a fim de

fortalecer a realização dos exames de hepatites. No ano de 2003, foi lançada no Brasil a campanha “Fique Sabendo”, apresentando como objetivo estimular as pessoas a realizarem os testes para diagnóstico, além de mobilizar gestores públicos para a organização da rede de serviços e de laboratórios visando a ampliar a oferta do teste anti-HIV nos serviços de saúde (BRASIL, 2005). Além disso, nessa mesma época, foram implantadas políticas de incentivos com o repasse fundo a fundo de recursos para estados e municípios desenvolverem ações descentralizadas de prevenção e controle da aids, definindo como uma das principais metas a ampliação da parcela da população testada, sendo que em 2002, essas políticas abrangeram 26 estados, Distrito Federal e 300 municípios prioritários, que reuniam em torno de 95% dos casos de aids conhecidos no País (BRASIL, 2008a).

Em 2004, os testes rápidos para o diagnóstico do HIV foram disponibilizados em todo território brasileiro, com maior intensidade e a introdução dessa tecnologia nos CTAs passa a ser priorizada, a fim ampliar as taxas de retorno aos serviços (busca pelo resultado do teste) e aumentar a testagem de populações mais vulneráveis com dificuldade de acesso. É válido ressaltar que, inicialmente, o teste rápido foi difundido em regiões com menor estrutura laboratorial, como Norte e Nordeste, sendo ampliada a disponibilidade, posteriormente, nas demais regiões do país (BRASIL, 2008b).

Dessa forma, todos esses fatores contribuíram para a multiplicidade e heterogeneidade nas formas de organização dos CTAs, tanto no que se refere às atividades desenvolvidas, à infraestrutura existente, à incorporação dos princípios que orientaram a implantação dos serviços e à inserção na rede pública de saúde.

Para fazer frente aos desafios apresentados aos CTAs, pesquisas qualitativas e quantitativas têm sido conduzidas no Brasil. Entre as pesquisas qualitativas é relevante citar algumas como: a que analisa as ações educativas realizadas pelos CTAs de Santa Catarina (LOHN, 2005) e a que explicita as etapas de atenção vivenciadas pelos usuários de um CTA do Rio de Janeiro, evidenciando a importância do aconselhamento e da humanização do serviço (SILVA, 2004).

Em relação à inserção dos CTAs na rede pública de saúde, bem como o porte dos serviços, vários centros brasileiros possuem gestão municipal (87,2%) e se encontram inseridos na rede de atenção do SUS (81,9%), especialmente em serviços de assistência especializada em HIV/aids (40,9%), UBS (21,6%) e serviços de atenção secundária, como centros diagnósticos, hospitais e policlínicas (19,4%). Os demais CTAs, 18,1%, estão vinculados diretamente aos Programas Estaduais e Municipais de DST e aids ou à Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2008a).



Essa rede nacional dos CTAs é caracterizada como serviços de pequeno e médio porte, sendo que 81,9% deles realizam em média até 15 testes anti-HIV ao dia. Em 2008, o MS realizou um levantamento sobre os CTAs que realizam de 6 a 15 testes/dia, considerados de médio porte, compreendem 41,1% dos serviços e os que realizam uma média menor de 5 testes/dia, totalizam 40,8% dos serviços. Os menores serviços são mais prevalentes nas regiões Centro-Oeste (50%) e Sudeste (47,9%), enquanto os de grande porte, que representam 18,1% das unidades implantadas, são mais importantes nas regiões Norte (27,3%) e Nordeste (30,8%) (BRASIL, 2008a).

#### 2.4 ATUAÇÃO DAS ENFERMEIRAS NOS CTAS

O trabalho de um CTA consiste em auxiliar na (re) construção do “saber fazer” do outro com vistas ao estabelecimento de uma autonomia em relação à prevenção ao HIV/aids, utilizando modelos que façam mais sentido à perspectiva do usuário. A equipe de aconselhores do CTA, eventualmente é formada por profissionais enfermeiros, psicólogos, médicos e assistentes sociais, as ações são desenvolvidas em duas etapas: aconselhamento pré e pós-teste, visando auxiliar o sujeito na avaliação e redução de sua vulnerabilidade às IST/HIV/aids (SOUZA, 2011).

O profissional de enfermagem capacitado e sensível torna o aconselhamento no CTA um processo de escuta ativo, gerando relação de confiança, minimizando dilemas e estressores decorrentes do resultado. A qualidade desse processo permite ao profissional avaliar situações de exposição ao risco de infecção pelo HIV. Para o paciente, é uma oportunidade de se preparar para receber o diagnóstico de HIV ou para a adoção das medidas de prevenção dessa infecção e de outras IST (FRANCO; FRANCO, 2011).

Souza (2011) destaca a importância do enfermeiro nas diversas ações relacionadas ao CTA especificamente, quanto às fases do teste rápido, no aconselhamento pré e pós-testagem e ao procedimento que envolve a solicitação, realização, interpretação e comunicação do resultado do teste rápido anti-HIV diagnóstico.

A participação do enfermeiro visa reduzir a Transmissão do vírus do HIV no Brasil é fundamental. Sem dúvida, esse profissional desenvolve atividades relevantes para a saúde pública desde as instâncias da política de redução dos agravos até as instâncias de atendimento integral (BRASIL, 2017).

Entre as múltiplas atuações do enfermeiro, podem ser destacadas aquelas relacionadas à prevenção do agravo entre elas o incentivo ao paciente para o conhecimento do status

sorológico e atuações promotoras à saúde, visando à qualidade de vida dos portadores do HIV. Destacamos ainda a atuação marcante do enfermeiro na atenção ao pré-natal, integrada à equipe de saúde, fazendo cumprir o protocolo de testagem ainda nessa fase, minimizando a indicação do teste rápido no parto – momento em que a equipe de enfermagem se encontra sobrecarregada com outras atribuições (FRANCO; FRANCO, 2011).

Para Silva, Waidman e Marcon (2009), o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro dentro de um CTA além ser singular, é peça fundamental na estruturação da prevenção primária, onde os atores em cena são os clientes que procuram o serviço e tem sempre garantida a ética e o anonimato de um trabalho desenvolvido com segurança e eficácia dentro de nossa rede pública de saúde. Este serviço ainda constitui continuidade de apoio àquele que se descobre soropositivo ao HIV e/ou alguma IST, bem como instrui e educa o cliente soronegativo a estas infecções, tornando-o difusor das informações que lhes foram dadas.

Franco e Franco (2011) destacam que na atenção primária, o profissional enfermeiro desempenha diversas funções, entre elas tem destaque a educação em saúde, incluindo a promoção e prevenção de HIV/aids, onde a assistência deve ser integral, resolutiva, contínua e possuir boa qualidade para atender os anseios da população.

Segundo Souza e Czeresnia (2010), embora com dificuldades existentes para efetivação de ações de promoção da saúde e prevenção de infecções sexualmente transmissível e HIV/aids, destaca-se o profissional enfermeiro como grande responsável pela sensibilização da comunidade na adoção de estratégias que ampliem a participação da população nessas ações, propiciando, assim, melhor qualidade de vida. Além de poder contribuir para reduzir o tabu infelizmente ainda existente dos usuários em falarem acerca dessas doenças e da adesão ao tratamento, quando necessário.

Para melhor compreendermos a atuação dos enfermeiros no CTA foi realizada uma revisão integrativa que está apresentada nesta tese como um dos resultados da pesquisa.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO - AS DIRETRIZES DO SUS COMO NORTEADORES DOS CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO**

#### **3.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, foi instituído pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, regularizado pela Lei nº. 8.080/1990, responsável por operacionalizar o atendimento público da saúde (SILVEIRA JUNIOR, 2015). Ele foi criado com o objetivo de substituir o modelo de políticas públicas de saúde que vigoravam na década de 1980; garantindo, assim, acesso à saúde integral, universal e gratuito para toda população brasileira, que abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, beneficiando os mais de 207 milhões de brasileiros no país (IBGE, 2017).

O SUS está fundamentado em um tripé de princípios norteadores, que são: 1º- universalidade: em que todo e qualquer indivíduo deve ser atendido pelo sistema de saúde, sem distinção de raça, condição econômica e etc.; 2º-integralidade: que se refere a cobertura total das ações de saúde; e 3º-equidade: onde os serviços oferecidos pelo SUS devem ser disponibilizados independente da complexidade dos efeitos contra a integridade da saúde humana (SILVEIRA JUNIOR, 2015).

Além disso, o SUS contribuiu para a democratização da saúde, pois os benefícios do sistema de saúde antes usufruído somente pelos funcionários públicos, militares e funcionários com carteira assinada, passou a atender a toda população brasileira independente de sua condição social. No entanto, ainda há falhas a serem sanadas, pois de acordo com os dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o SUS passa por grandes problemas como a falta de médicos (58,1%), a demora a atendimento em postos, centros de saúde ou hospitais (35,4%) e a demora em conseguir uma consulta com especialistas (33,8%), e infere-se que esses problemas são causados, em sua maioria, pela cultura “hospitalocêntrica” que reina no país (ALMEIDA, 2013). Para contorna essa situação, o governo propôs uma rede de saúde descentralizada e hierarquizada, delineada pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 1990, que define como o polo coordenador as unidades básicas de saúde, redistribuindo os recursos e responsabilidades entre os entes federativos, criando uma gestão compartilhada pela União, Estados e Municípios (POLATI *et al.*, 2016).

O SUS é considerado a principal política pública de saúde brasileira. Para chegarmos onde estamos hoje muitos eventos e muitos anos se passaram. Podemos considerar o início

destes eventos o ano de 1923 com A Lei Eloy Chaves quando foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). Em um contexto de rápido processo de industrialização e acelerada urbanização, a lei vem apenas conferir estatuto legal a iniciativas já existentes de organização dos trabalhadores por fábricas, visando garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença, e uma futura aposentadoria. Com as “caixas”, surgem as primeiras discussões sobre a necessidade de se atender a demanda dos trabalhadores. Nasce nesse momento complexas relações entre os setores público e privado que persistirão no futuro Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017; REIS; ARAÚJO; CECILIO, 2014).

Muitos outros eventos históricos marcaram essa linha do tempo da construção do SUS, sendo eles: em 1932 ocorreu a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs); em 1965 a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); em 1977 a criação do SINPAS e do INAMPS; em 1982 a implantação do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que dava particular ênfase na atenção primária, sendo a rede ambulatorial pensada como a “porta de entrada” do sistema. Visava à integração das instituições públicas da saúde mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada (REIS; ARAÚJO; CECILIO, 2014).

Em 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde que consagrou uma concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado; princípios estes que seriam plenamente incorporados na Constituição de 1988 (VILLARINHO *et al.*, 2013; REIS; ARAÚJO; CECILIO, 2014).

Em 1987 ocorreu a criação do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS) que tinha como principais diretrizes: a universalização e a equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; e implementação de distritos sanitários (BRASIL, 2018; MALISKA; PADILHA; ANDRADE, 2015; REIS; ARAÚJO; CECILIO, 2014).

Em 1988, a Constituição Cidadã estabelece a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos:

as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; destaca a assistência médico sanitária integral que passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada (BRASIL, 2000).

Em 1990 ocorre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e se deu através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção

e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990a). A Primeira lei orgânica do SUS detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (Federal, Estadual e Municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. Logo em seguida, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). Finalmente estava criado o arcabouço jurídico do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990b).

Em 1993 foi publicada a NOB-SUS 93, que procura restaurar o compromisso da implantação do SUS e estabelecer o princípio da municipalização, tal como havia sido desenhada. Institui níveis progressivos de gestão local do SUS e estabelece um conjunto de estratégias, que consagram a descentralização político-administrativa na saúde. Também define diferentes níveis de responsabilidade e competência para a gestão do novo sistema de saúde (incipiente, parcial e semiplena, a depender das competências de cada gestor) e consagra ou ratifica os organismos colegiados com grau elevado de autonomia: as Comissões Intergestoras (Tripartite e Bipartite) (BRASIL, 1993). A participação popular trouxe a incorporação dos usuários do sistema ao processo decisório, com a disseminação dos conselhos municipais de saúde, ampliando as discussões das questões de saúde na sociedade (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; REIS; ARAÚJO; CECILIO, 2014).

O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas. Esses avanços foram possíveis graças à profunda descentralização de competências com ênfase na municipalização, com a criação e funcionamento das comissões Intergestoras (Tripartite nacional e Bipartites estaduais), dos fundos de saúde com repasses fundo a fundo, com a extinção do INAMPS unificando a direção em cada esfera de governo, com a criação e funcionamento dos conselhos de saúde, e fundamentalmente, com a influência dos valores éticos e sociais da política pública do SUS perante a população usuária, os trabalhadores de saúde, os gestores públicos e os conselhos de saúde, levando às grandes expectativas de alcançar os direitos sociais e decorrente força e pressão social (SANTOS, 2007).

As Diretrizes do SUS foram definidas a partir da Lei Orgânica da Saúde e são seguidas até os dias de hoje – Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Art. 7º:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Estas diretrizes serão o Referencial teórico que nos fundamentará para descrever a história dos CTAs do estado de Santa Catarina e a atuação das enfermeiras.

Há vinte e oito anos a implantação dos primeiros CTAs no Brasil marcava o compromisso do Programa Nacional de DST e aids com a promoção do acesso da população brasileira ao diagnóstico e à prevenção do HIV e das demais IST na rede pública de saúde (BRASIL, 2018).

Com o passar dos anos muitas mudanças aconteceram e surgiram novas necessidades. As mudanças no perfil da epidemia de aids demandaram atenção para novos grupos populacionais e a criação de novas estratégias de ampliação do acesso ao diagnóstico, como sua implantação na rede básica de saúde (SCHNEIDER, 2008).

A descentralização da gestão possibilitou a implantação de novos serviços por iniciativa de estados e municípios. Finalmente, a progressiva implementação do SUS trouxe a necessidade da revisão da inserção dos CTAs na rede de serviços e de suas atribuições (WOLFFENBUTTERL; CARNEIRO, 2007; BRASIL, 2009).

A promoção do acesso universal ao diagnóstico e à prevenção do HIV e das demais ISTs e a integralidade no cuidado permanecem como desafios a serem superados. Os CTAs, articulados aos demais serviços do Sistema Único de Saúde, representam uma estratégia importante nesse processo (VILLARINHO *et al.*, 2013).

O período entre o surgimento dos primeiros casos e a implantação dos CTAs tem aumentado desde 1998, ano em que foram adotadas duas estratégias: a descentralização dos recursos destinados à implantação de novos serviços para estados e municípios e o estímulo ao diagnóstico do HIV nos serviços de atenção básica. Em 2005, a média de tempo para a implantação de novos CTAs foi de 16 anos após o surgimento do primeiro caso de aids no município (WOLFFENBUTTEL, 2007; REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2014).

Os CTAs cumprem a importante função de intermediação entre a prevenção e a assistência, centrados na abordagem dialógica. Promovendo o acolhimento e o aconselhamento, seu propósito é orientar o usuário na sua decisão de realizar o teste anti-HIV ou não. A relação sujeito-profissional torna-se evidente, pautada no direito à cidadania, na escuta adequada, na reflexão a respeito dos riscos e comportamentos sob o enfoque da prevenção das IST/aids e promoção da saúde (WOLFFENBUTTEL; CARNEIRO, 2007; MALISKA; PADILHA; ANDRADE, 2015).

No CTA, as ações são desenvolvidas em duas etapas: aconselhamento pré e pós-teste, visando auxiliar o sujeito na avaliação e redução de sua vulnerabilidade às ISTs/HIV/aids. Para tanto, é imprescindível o conhecimento das características dessa clientela, com vistas a uma resposta de maior afinidade às suas demandas e expectativas. Tais informações são também importantes para subsidiar estratégias que visem à coletividade (WOLFFENBUTTEL; CARNEIRO, 2007; BRASIL, 2008a).

As ações de aconselhamento realizadas no âmbito dos CTAs constituem a possibilidade de transformar o cidadão em sujeito da sua própria saúde e da sua doença. Permite que ele passe a integrar, na sua experiência pessoal, as informações sobre aids e prevenção, e que encontre alternativas pessoais e coletivas para o enfrentamento das questões propostas pela epidemia (BRASIL, 2008a).

Segundo o manual de Diretrizes do CTA (1999, p. 11):

Os Centros de Testagem e Aconselhamento devem atender todo e qualquer cidadão com dúvidas em relação ao seu status sorológico. Recomenda-se, no entanto, que os serviços dessa natureza tenham previstas atividades dirigidas a grupos populacionais específicos com comportamento ou prática de risco, e à população que procura os bancos de sangue para a obtenção do diagnóstico da infecção pelo HIV.

As diretrizes que configuram os serviços que oferecem a testagem sorológica anti-HIV, a partir de uma perspectiva preventiva nos trazem os seguintes princípios gerais: Acessibilidade e Gratuidade, Anonimato flexível e confidencialidade, Agilidade e resolutividade, Aconselhamento adequado e não pontual, Referência e contra referência, Equipe interdisciplinar: As equipes que atuam em Centros de Testagem e Aconselhamento

devem possuir profissionais de saúde com diferentes perfis de formação, aconselhadores: profissionais de nível superior capacitados para realizar ações de aconselhamento, individual e coletivamente; coletadores de sangue: agentes de saúde, auxiliares ou técnicos de laboratório ou enfermagem; pessoal de apoio administrativo: para as atividades de recepção, auxílio na coleta de dados sobre a clientela e produção de serviços, e arquivo; e pessoal de limpeza, vigilantes, serventes<sup>1</sup>, conforme as necessidades do serviço (BRASIL, 1999).

As ações de aconselhamento desenvolvidas nos CTA são uma oportunidade de, tanto no nível coletivo quanto no individual, realizar uma reflexão sobre riscos, práticas seguras, mudança de comportamento, enfim, estas e outras questões tão importantes para a prevenção das IST e do HIV/aids (WOLFFENBUTTEL; CARNEIRO, 2007; BRASIL, 2008a).

A política de testagem e aconselhamento em HIV e aids teve início no mundo em 1985, quando a *Food and Drug Administration* (FDA) licenciou e disponibilizou o primeiro teste para detecção de anticorpos contra o HIV, o *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay* (ELISA). No mesmo ano, foram implantados serviços específicos para testagem nos Estados Unidos por meio de financiamentos do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (VALDISSERI, 1997).

No Brasil, o uso dos testes anti-HIV teve início no mesmo período, tendo sido primeiramente disponibilizados nos serviços de saúde dirigidos ao tratamento de pessoas vivendo com HIV e na rede privada de saúde. Em 1986, com base nos resultados de pesquisas realizadas nos EUA e Europa e na atuação da sociedade civil, tornou-se obrigatória, no Estado de São Paulo, a testagem de todo sangue a ser transfundido. Após 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, a triagem sanguínea em bancos de sangue tornou-se obrigatória em todo o território nacional (SANTA CATARINA, 2018).

O expressivo aumento do número de novos casos de aids e a existência de um forte preconceito associado à doença fez com que as estratégias de testagem e aconselhamento passassem a ocupar lugar de destaque nas ações de prevenção ao final dos anos 1980, com a criação, em 1988, no Rio Grande do Sul, do primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) do País, seguido, em 1989, da implantação, no município de São Paulo, do atual CTA (MENDES, 2015).

Aos poucos esses serviços foram se organizando em todas as regiões do País sob os princípios de voluntariedade, confidencialidade, anonimato, agilidade e resolubilidade do diagnóstico do HIV (BRASIL, 1993). Recomendava-se que os CTAs fossem implantados em locais de fácil acesso para a população, em unidades fisicamente autônomas em relação a outras estruturas de saúde e compostas por equipes próprias e multiprofissionais. As



populações prioritárias eram aquelas identificadas com o maior risco de infecção, como homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis.

O objetivo era o de interromper a cadeia de transmissão da doença, o que deveria ser promovido pela realização do diagnóstico precoce de pessoas infectadas e de seus parceiros; pela absorção de pessoas que procuravam os bancos de sangue para a realização do diagnóstico; pela oferta do aconselhamento, do preservativo e de informações apropriadas e cientificamente embasadas; e pelo encaminhamento de pessoas vivendo com HIV/aids aos serviços de referência e aos grupos organizados e de base comunitária que atuavam com o tema. As ações de prevenção deveriam ocorrer por meio de atividades educativas e do aconselhamento, que deveriam permitir a reflexão e a adoção de práticas de redução dos riscos relacionados à doença (MENDES, 2015).

Essas recomendações foram sistematizadas em normas técnicas publicadas pelo Ministério da Saúde em 1993, em documento denominado “Normas de organização e funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS)”.

### 3.2 PENSANDO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL VOLTADAS PARA O HIV/AIDS

Os movimentos da reforma sanitária começam a pressionar e encaminhar a novos rumos o país, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a proposição do SUS em 1988, a luta contra a aids iniciou-se nesta época num momento de redemocratização do país e de grande discussão no campo da saúde (LIFFE, 2006; REIS; ARAÚJO; CECILIO, 2014).

Em 1985 foi fundada a primeira Organização Não Governamental (ONG) com atividade em HIV/aids no país – Grupo de Apoio à Prevenção da aids (GAPA). Essa ONG tem como ações o respeito à cidadania das pessoas, direta ou indiretamente atingida pelo HIV/aids, e luta por políticas públicas que deem respostas adequadas ao avanço da epidemia. Neste mesmo ano de 1985 são criados 16 Programas Estaduais de DST/aids em 10 estados. O Ministério da Saúde passou a veicular campanhas sobre as várias formas de prevenção da doença. Ainda no âmbito das políticas públicas na luta e controle à epidemia da aids, o Ministério da Saúde criou em 1986, o Programa Nacional de DST e aids (PN-DST/AIDS), que em 2003 foi considerado referência mundial por diversas agências internacionais. O sucesso do Programa, reconhecido mundialmente, dá-se não só pela oferta universal e gratuita dos Antirretrovirais, mas também por ser um programa interministerial em diálogo

permanente com os movimentos sociais e com a comunidade científica (SZWARCWALD; CASTRILHO, 2011).

A portaria nº 1.100 de 24 de maio de 1986 passa a incluir a aids na relação de doenças de notificação compulsória no país. Começa a se estruturar o movimento de combate a aids em nível federal, com a criação da Comissão Nacional de aids, que só foi efetivamente instalada e posta em prática em 1987. No Brasil, a adoção de políticas pública de saúde voltadas à epidemia da aids aconteceu em paralelo a mudanças políticas importantes, como a aprovação da nova Constituição Federal em 1988 (que coloca a saúde como direito de todos e dever do estado) e a aprovação do SUS (REIS; ARAÚJO; CECILIO, 2014).

A partir de 1988 o sistema de saúde brasileiro começou a distribuir medicamentos específicos para as doenças oportunistas e a zidovudina, mais conhecidas como AZT. Este inibidor da transcriptase reversa (ITR) abriu novas perspectivas terapêuticas ao ampliar o tempo de sobrevivência do paciente HIV positivo (SILVA; WAIDMAN; MARCON, 2009, VILLARINHO *et al.*, 2013). Em 1988, a Organização Mundial da Saúde (OMS) instituiu o dia 1º de dezembro como dia internacional de luta contra a aids, como parte de uma estratégia de mobilização, conscientização e prevenção em escala global (BRASIL, 2013).

A década de 1990, mais especificamente o ano de 1993, foi marcada por negociações e convênios entre o governo brasileiro e o Banco Mundial para o primeiro acordo de empréstimo, denominado “Projeto aids I”, que entrou em vigor em 1994 com vigência até 1998 e priorizava a implantação e a estruturação de serviços assistenciais. Em continuidade a esses acordos de empréstimo no aids I e II, as equipes do Banco Mundial e da Coordenação Nacional DST/aids firmaram novo convênio, denominado “Projeto aids III”, cujo período de execução foi de 2003 a 2006, cujos objetivos eram o aprimoramento dos processos de gestão nas três esferas de governo e na sociedade civil organizada; o desenvolvimento tecnológico e científico, qualificando a resposta brasileira à epidemia, especialmente no controle das IST; a ampliação do acesso ao diagnóstico precoce do HIV e a melhoria da qualidade da atenção às IST/aids oferecida pelo SUS (REIS; ARAÚJO; CECILIO, 2014; VILLARINHO *et al.*, 2013).

Em relação aos projetos aids, os conveniados eram denominados “executores das ações” e elaboravam Planos Operativos Anuais (POA), cujas diretrizes estavam articuladas aos objetivos do projeto aprovado conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pela equipe do Banco Mundial. A partir de 2002 foi instituído o Plano de Ações e Metas (PAM), de acordo com a Portaria nº 2.314 de 2002, o PAM era um instrumento de planejamento, monitoramento e avaliação das ações a ser implementado pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde selecionadas para receber recursos do incentivo, sendo considerado um instrumento de

integração das diretrizes nacionais e regionais de combate à epidemia de aids. O plano era apresentado em quatro tópicos, que se iniciavam pela caracterização da unidade territorial, diagnóstico epidemiológico e das ações em IST/HIV/aids, avaliação da capacidade institucional/gerencial e elaboração do plano de ações e metas para o período de um ano (REIS; ARAÚJO; CECILIO, 2014).

Essa política pública de incentivo visava à implementação de políticas na área de HIV/IST/aids, apresentando como principais diretrizes: a melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos às pessoas com HIV/aids e outras IST; a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis; o aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento das IST; o aumento da cobertura do diagnóstico da infecção pelo HIV; a redução do estigma e da discriminação; a melhoria da gestão e sustentabilidade das ações; a pressão política promovida pela sociedade civil que, respaldada nos princípios de universalidade e integralidade do SUS, requeria o acesso universal ao tratamento da aids, já em 1992 o Brasil passou a fornecer gratuitamente o AZT e medicamentos utilizados na quimioprofilaxia de pacientes cadastrados em serviços de referência. A partir de 1995, foram incorporados também a didanosina (ddI) e a zalcitabina (ddC) (SILVA; WAIDMA; MARCON, 2009).

Em 1996, o Brasil promulgou a Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos para todas as pessoas acometidas pelo HIV/aids, mesmo contra as recomendações e as advertências do Banco Mundial (BRASIL, 1996). Tal proposta terapêutica, denominada “*High Active Antiretroviral Therapy*” (HAART), veio proporcionar grande aumento na sobrevivência dos pacientes soropositivos. A disponibilidade dessa terapia antirretroviral de alta potência, gratuitamente, para todas as pessoas com HIV positivo, causou impacto notável na realidade da epidemia no Brasil, com redução da morbimortalidade, diminuição das internações hospitalares e progressiva mudança na maneira da sociedade e dos profissionais da saúde no cuidado aos pacientes (VILLARINHO *et al.*, 2013).

Outra modalidade de serviço que se situa tanto na assistência quanto na prevenção, são os Centros de Testagem e Aconselhamento, que têm como papel promover a identificação precoce de pacientes HIV positivo para o imediato encaminhamento à rede de assistência, além da atuação em ações de prevenção (BRASIL, 2008a). No início do ano de 2000, a ênfase nacional passou a ser a incorporação do teste anti-HIV na rede pública de saúde, com especial atenção para os serviços da Atenção Básica. No ano de 2003, foi criado o Programa Nacional de Hepatites Virais pelo Ministério da Saúde e os CTAs passaram a ser estratégicos para ampliar o diagnóstico das hepatites B e C. Atualmente, espera-se que os CTAs possam

oferecer a população os testes de diagnóstico de HIV, incluindo o teste Elisa e confirmatórios, sífilis e triagem sorológica para hepatites B e C. De acordo com diagnóstico situacional dos CTAs do Brasil, publicado em 2008, foram identificados 383 CTAs implantados em todo país (SCHNEIDER, 2008). Em 2015 o número de CTAs é de 536 Unidades no país (BRASIL, 2018).

No Brasil inúmeros esforços têm acontecido através das políticas públicas para garantir leis e diversos incentivos do Governo Federal para que, amplifiquem o escopo legal, de modo a promover, na prática, a melhoria das condições de assistência à saúde das pessoas com HIV/aids, por meio de uma ampla rede, que sustente e assegure o exercício amplo do direito à saúde (VILLARINHO *et al.*, 2013).

A partir da década de 1997, os chamados Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) receberam uma nova denominação que, atualmente ainda é utilizada - Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). A alteração do nome se deu em decorrência, principalmente, para expressar de forma mais direta à população os objetivos e atividades realizadas pelos serviços, além de promover novas formas de organização de funcionamento no CTA (BRASIL, 1999; MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

Dentre os fatores que promoveram essa modificação no panorama sobre os CTAs, destaca-se o avanço tecnológico farmacêutico, bem como o surgimento de novos medicamentos para o tratamento da aids; maior possibilidade de prevenção da transmissão vertical do HIV; o surgimento de outras infecções sexualmente transmissíveis tais como a hepatite B; o surgimento e consolidação do SUS, fundamentado na atenção primária e na descentralização da política de saúde (incluindo o componente direcionado ao controle e prevenção do HIV/aids). Além disso, com o aumento do número de casos e a dinâmica da epidemia, a infecção pelo HIV destaca urgência na promoção de estratégias para o diagnóstico e prevenção na população (MIRANDA-JUNIOR, 2014).

As mudanças sinalizadas na década de 1990 não se tratam somente da introdução de novos antirretrovirais para o tratamento de pacientes soropositivos para o HIV, como também se estendeu para a organização da rede de assistência. Os testes de diagnóstico precoce da infecção passaram a ser prioridade e o fortalecimento da rede pública de laboratórios para o monitoramento da evolução da doença e diagnóstico de crianças expostas, bem como a ampliação do número de serviços ambulatoriais para absorver o número crescente de pacientes (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

É válido ressaltar que, na maioria das pessoas que era infectada pelo HIV, o diagnóstico era baseado, principalmente, no comprometimento do sistema imunológico,

reforçando a importância de estratégias para a ampliação da oferta do diagnóstico do HIV na rede de saúde. Com os avanços no tratamento e uma redução da taxa de mortalidade e da gravidade da doença, o estigma e o preconceito foram sendo minimizado, o que facilita a incorporação das ações assistenciais e diagnósticas na rede de saúde pública (OMS, 2003).

Outro fator importante ocorrido em meados da década de 1990 foi a divulgação dos resultados do protocolo ACTG 076, que demonstram a eficácia dos esquemas terapêuticos na prevenção da transmissão vertical do HIV (CDC, 1999).

Já em 1995, o Ministério da Saúde estabeleceu a adoção de tratamento profilático de gestantes a partir da 14<sup>a</sup> semana de gestação, um grande avanço no que se refere à assistência em saúde para as grávidas. A recomendação se dava baseada nas normas estabelecidas pelo MS para ofertar o teste anti-HIV às gestantes identificadas com alguma situação de risco para aids. Em 1997, essa diretriz é alterada e a sorologia do HIV passa a ser ofertada a todas gestantes do país (VELOSO, 1999).

Todavia, o SUS se deparou com um grande desafio no qual teve que estabelecer o acesso universal ao diagnóstico do HIV por meio dos serviços de atenção ao pré-natal e parto, já que havia uma parcela baixa de mulheres que realizavam o teste durante o pré-natal. Foi então que, na metade da década de 1990, houve evidentes mudanças no que se refere às epidemias de aids, com a elevação do número de novos casos entre os heterossexuais, mulheres, população de baixa renda, residentes em municípios de médio porte e nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (FONSECA; SZWARCWL; BASTOS, 2002).

Dessa maneira, com o objetivo de ampliar o número de pessoas testadas, houve alteração nas diretrizes nacionais e o MS passou a preconizar, explicitamente, a universalização da oferta do teste anti-HIV na rede pública de saúde, especialmente no âmbito da atenção básica, da saúde reprodutiva e dos serviços de atenção à saúde de populações com maior prevalência do HIV, como aqueles direcionados a pacientes com tuberculose e usuários de drogas injetáveis (BRASIL, 2008b).

Nesse cenário, o papel dos CTA passou a incorporar duas novas dimensões: subsidiar a universalização do diagnóstico do HIV, como também garantir a equidade no acesso aos serviços das populações mais vulneráveis. Para contribuir com a universalidade na oferta do teste anti-HIV, o MS recomendava que os CTA adotassem procedimentos para flexibilizar a exigência de anonimato dos usuários, atuar na capacitação de profissionais de saúde visando a ampliar a oferta de testes anti-HIV na rede pública de saúde, realizar atividades de prevenção intra e extramuros e apoiar as ações de profilaxia da transmissão vertical. Em relação à

equidade, foi reforçada a diretriz de priorização de ações voltadas às populações mais vulneráveis e com dificuldades de acesso aos serviços (BRASIL, 2008b).

Foi a partir de 1999 que os recursos para a implantação de novos CTA foram descentralizados para estados e municípios, passando a se responsabilizar pela elaboração dos novos projetos e pela formação dos gerentes e profissionais dos serviços. Nesse contexto, o Programa Nacional de DST e aids revisou as Diretrizes dos CTAS (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).

Em vista disso, com os objetivos já normatizados anteriormente e reiterados, o leque das ações oferecidas foi ampliado. Os CTAs foram incentivados a desenvolver atividades de adesão de pessoas soropositivas com HIV ao tratamento antirretroviral, a estimular o diagnóstico das parcerias sexuais, a contribuir com os serviços de pré-natal para a testagem de gestantes e, por fim, a oferecer informações sobre prevenção de IST/HIV/aids e uso indevido de drogas para grupos populacionais específicos (BRASIL, 2008a).

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória descritiva com abordagem histórica. Este projeto teve como base a nova história que de acordo com Le Goff (2013), é uma história problema, explicativa, que busca não apenas narrar os acontecimentos, mas analisar as estruturas. É uma história em movimento, que trata das evoluções e das transformações, buscando compreender o presente pelo passado e o passado pelo presente.

A investigação histórica objetiva “lançar luzes sobre o passado para que este possa clarear o presente, inclusive fazer perceber algumas questões futuras” (PADILHA *et al.*, 2017). Buscamos registrar, por meio da perspectiva da nova história, a atuação das enfermeiras nos CTAs dos municípios de Florianópolis e São José - SC no período de 1998-2015 a partir de fontes primárias, secundárias e orais.

### 4.2 O CONTEXTO DO ESTUDO

O Estudo foi realizado nos CTAs do Estado de Santa Catarina localizados nas cidades Florianópolis e São José. Essas unidades estão vinculadas a secretaria de saúde e ambos os municípios foram escolhidos por serem considerados os Centros de Referências em testagem e aconselhamento em HIV/aids no Estado. O CTA de Florianópolis atende as demandas da região sendo a capital do estado e São José por ter sido o primeiro CTA implantado no estado de Santa Catarina.

Em Florianópolis o CTA está vinculado aos serviços da Policlínica Municipal Centro, localizada na Avenida Rio Branco, 90. Esse CTA conta com os serviços de quatro enfermeiras e duas assistentes sociais que realizam o aconselhamento e os testes para HIV, conta também com serviços de apoio como posto de coleta de exames de sangue e vínculo com médicos infectologistas que estão credenciados na Policlínica do Centro pelo município.

Em São José existem dois CTAs vinculados à prefeitura municipal, um localizado na UBS Bela Vista, Rua das Orquídeas, 236 - Bela Vista, São José – SC e outro localizado na UBS Centro Histórico, Rua Coletor Irineu Comeli, 143 - Centro, São José – SC.

Durante a coleta de dados em São José apenas o CTA da UBS Centro histórico estava em funcionamento visto que o outro CTA passava por reformas e seus profissionais foram realocados para outros serviços. A coleta de dados ocorreu apenas no CTA Centro Histórico.

O CTA centro histórico conta com o serviço de duas enfermeiras e o serviço de apoio dos profissionais de saúde da prefeitura de São José.

Os dois praticam o aconselhamento pré e pós teste, busca ativa dos casos positivos em exames laboratoriais, e desde de 2015 realizam o teste rápido para HIV. O CTA, enquanto serviço especializado na prevenção do HIV, das IST e das hepatites virais, tem um papel estratégico para as ofertas das ações de Prevenção Combinada, o que demanda articulação e incorporação dessas intervenções nas Redes de Atenção a Saúde.

As diretrizes da constituição das RAS foram estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, e pressupõem uma concepção poliárquica, “em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais” (MENDES, 2015, p. 53).

Diante da necessidade de incorporar as ações de Prevenção Combinada no enfrentamento da epidemia do HIV e aprimorar o controle das hepatites virais e das IST, principalmente a sífilis, no âmbito dos CTA, no ano de 2016 ocorreu a reorganização dos CTA, com o objetivo de atender a essas demandas. O resultado desta reorganização foi o surgimento de perfis dos CTAs que contemplassem os diferentes arranjos e necessidades locais:

CTA Tipo I - Os CTAs Tipo I têm um papel estratégico na ampliação do diagnóstico, realizando atividades de prevenção, como diagnóstico do HIV, HBV, HCV e sífilis, além de disponibilizarem insumos de prevenção. São considerados referência para a descentralização da testagem rápida na Atenção Básica, fazendo vinculação dos casos positivos de HIV, HBV, HCV e sífilis e estabelecendo fluxos com a rede laboratorial. Em geral, estão vinculados a um serviço de atenção primária. O foco da atenção são as populações-chave e prioritárias.

CTA Tipo II - Nesse grupo predominam as atividades preventivas. São CTAs que possuem em seu quadro pelo menos um (a) profissional médico (a) e têm como principais funções: realizar apoio matricial na Atenção Básica; fazer vinculação dos casos positivos de HIV, HBV, HCV e sífilis; estabelecer fluxo com a rede laboratorial. Além das atribuições do Tipo 1, diferencia-se pelas atividades assistenciais, como tratamento da sífilis e outras IST, encaminhamento para exames adicionais de IST e a realização de PEP e PrEP. O foco da atenção são as populações-chave e prioritárias.

O CTA Tipo I integra atividades preventivas, assistenciais e de educação permanente em saúde, podendo ter um papel formador da rede de saúde e sendo, ainda, o que oferece mais tipos diferentes de diagnósticos de HIV, sífilis e hepatites e tratamento de IST. Tem como principais funções: realizar apoio matricial na Atenção Básica; vincular os casos positivos de



HBV, HCV e/ou tratamento do HIV e sífilis; realizar PEP e PrEP. Além das atribuições do Tipo I e do Tipo II, também realiza trabalho de campo com populações-chave e prioritárias, promove ações de educação entre pares e compreende espaço de formação em saúde. Em geral, está vinculado a outro serviço especializado da rede e tem como foco as populações-chave e prioritárias.

#### 4.3 FONTES

Fonte Histórica é tudo aquilo que, produzido pelo homem ou trazendo vestígios de sua interferência, pode nos proporcionar um acesso à compreensão do passado humano. Neste sentido, são consideradas fontes históricas tanto os documentos textuais, crônicas, memórias, cartas legislativas, obras de literatura, correspondências públicas e privadas, como também quaisquer outros que possam nos fornecer um testemunho ou um discurso proveniente do passado humano, da realidade um dia vivida e que se apresenta como relevante para o presente do historiador (ALBERTI, 2004; MEIHY, 2002).

As fontes têm importante papel na pesquisa, pois são subsídios de análise ao processamento dos dados, garantindo sua objetividade e intersubjetividade das informações. As fontes históricas são todos os tipos de informações encontradas a cerca do período de tempo estudado. Dependendo de sua natureza, as fontes são caracterizadas como fontes primárias ou secundárias (PADILHA *et al.*, 2017).

Uma fonte primária ou também chamada de fonte original são informações de primeira mão e contato direto com os acontecimentos ou situações históricas é um documento, gravação ou outra fonte de informação, como um documento escrito ou uma figura, por exemplo, está na sua forma original, não sofreu transformações ou interpretações (PADILHA *et al.*, 2017).

As fontes secundárias caracterizam-se por apresentar informações de segunda ou terceira mão, já contendo a interpretação de quem as escreveu anteriormente, tendo portando um valor limitado pelas distorções que possam ter sofrido, por interpretações anteriores (PADILHA *et al.*, 2017).

Para este estudo, utilizaram-se documentos de fontes primárias pertencentes ao arquivo da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, arquivos pessoais dos próprios CTAs e dos participantes do estudo que tiveram aderência ao objeto deste estudo e foram pertinentes a organização e implantação desta política de ação nesses municípios; bem como leis, portarias, resoluções, atas, projetos, relatórios, fotografias, livros de registros e cartazes

que contribuíram para a compreensão do momento estudado. As fontes secundárias ofereceram suporte ao estudo e foram os trabalhos científicos, publicações de artigos em jornais, revistas, resenhas, teses e dissertações relacionadas à temática; sobre a saúde; e a história da Enfermagem nos CTAs de Santa Catarina. Esses documentos foram de grande importância para a objetivação dos dados coletados nas entrevistas.

Quanto às fontes orais primárias, foi utilizada a técnica da História Oral Temática como recurso, visando compreender qual foi a atuação das enfermeiras no processo de organização dos CTAs nos municípios de Florianópolis e São José.

#### 4.4 A HISTÓRIA ORAL

A História Oral é uma metodologia muito usada em pesquisas históricas, surgida como forma de valorização das memórias e recordações de indivíduos, é um método de recolhimento de informações através de entrevistas gravadas com pessoas que vivenciaram algum fato ocorrido ou testemunharam sobre acontecimentos, conjunturas, instituições, modos de vida ou outros aspectos da história contemporânea (MEIHY, 2002; PADILHA *et al.*, 2017).

Essa metodologia se difundiu no plano internacional nos anos 1960 do século XX motivada pela contracultura, em oposição a uma cultura que compreendia a história como pertencente a algo que já passou, jamais com ligação ao tempo presente. Os avanços tecnológicos muito contribuíram para o reconhecimento e valorização desse tipo de pesquisa. No Brasil, a História Oral foi introduzida na década de 1970, a partir de um programa promovido pelo Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil-Fundação Getulio Vargas (CPDOC-FGV) do Rio de Janeiro, mas alcançou sua expansão somente na década de 1990, a partir da criação da Associação Brasileira de História Oral, em 1994 (MEIHY, 2004; ALBERTI, 2004).

As entrevistas de história oral são tomadas como fontes para a compreensão do passado, ao lado de documentos escritos, imagens e outros tipos de registro. O conjunto de documentos biográficos, ao lado de memórias e autobiografias, permite compreender como indivíduos experimentaram e interpretam acontecimentos, situações e modos de vida de um grupo ou da sociedade em geral. Isso torna o estudo da história mais concreto e próximo, facilitando a compreensão do passado pelas gerações futuras e a compreensão das experiências vividas por outros (MEIHY, 2002; ALBERTI, 2004; PADILHA *et al.*, 2017).

A história Oral pode ser utilizada com uma perspectiva temática, partindo de um assunto específico, buscando esclarecimento sobre o tema em questão, aproximando o uso da história oral com a documentação escrita (PADILHA *et al.*, 2017). Neste contexto, a História Oral Temática foi utilizada como recurso para a obtenção de dados, buscando através das experiências e vivências dos profissionais de saúde compreender a atuação das enfermeiras dos CTAs dos dois municípios.

#### 4.5 OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram treze profissionais de saúde (enfermeiras, médico, assistente social, bioquímica que atuaram nos CTAs do estado de Santa Catarina no período do estudo 1998-2015). A lista com os nomes da equipe de saúde lotados em cada um dos CTAs neste período foi obtida através do banco de dados da secretaria do município de cada uma das cidades escolhidas para a pesquisa.

Os critérios de seleção desses participantes foram: terem atuado no planejamento da organização dos CTAs de Florianópolis, São José no período de (1998-2015), terem participação e envolvimento no processo de cuidados dos CTAs, que puderam contribuir com os objetivos do estudo, e estarem dispostos a participar da pesquisa após esclarecimento dos objetivos e dos preceitos éticos envolvidos no estudo.

A seguir, um breve perfil dos participantes, com suas imagens, visito que é de grande relevância poder conhecer os personagens da história, pois este estudo trata-se de uma pesquisa histórica.

Quadro 3 - Profissionais de Saúde que fizeram parte do estudo.

<b>Nome</b>	<b>Função</b>	<b>Período de atuação nos CTA</b>
Débora Cristina Dolsan	Assistente Social (Florianópolis-SC)	1988-atual
Jane Borges Teixeira	Enfermeira (Florianópolis-SC)	1984- atual
Rita de Cassia de Souza	Enfermeira (Coordenadora DST/aids Florianópolis-SC)	2000-2004
Sabrina da Silva de Souza	Enfermeira (São José-SC)	2006-2015
Mani Zilly	Enfermeira (Florianópolis-SC)	2009- Atual
Dilce Purper de Souza	Enfermeira (Florianópolis-SC)	1988-atual

Sandra Cristaks	Farmacêutica Bioquímica (Florianópolis-SC)	2000-2009
Ana Cláudia da Cunha	Enfermeira (São José-SC)	2009-2015
Dione Lucia Prim	Enfermeira (São José-SC)	2002-2015
Júlio César Vidal Verde	Médico (Florianópolis-SC)	1988-2005
Mônica Nova de Queiroz	Assistente Social (Florianópolis-SC)	1988-Atual
Vanuza Cristina Beall	Enfermeira (Florianópolis-SC)	1988-2002,2015- atual
Nagela Debona Elger Back	Enfermeira (São José-SC)	1999- atual

Fonte: Departamento Pessoal da Secretaria de Saúde do município de Florianópolis e São José - Santa Catarina



**Débora Cristina Dolsan, Assistente social,** nasceu em 03 de agosto de 1971, Rio do Sul SC. Filha de Alvaír Dolsan e Nadir Dolsan, Solteira. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina, Especialista em Gerontologia. Atua no Centro de Testagem e Aconselhamento de Florianópolis - SC desde 1996 até os dias de hoje.

(Arquivo pessoal da entrevistada: Foto autorizada)



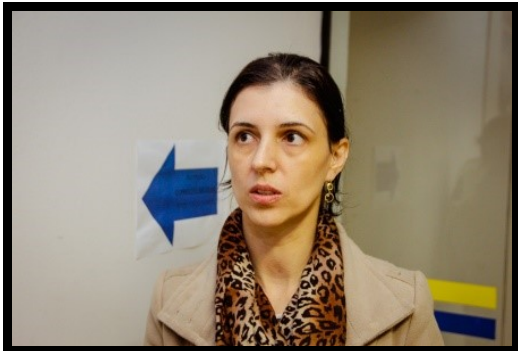
**Jane Borges Teixeira Enfermeira** nasceu em 29 de agosto de 1955 em Tubarão - SC. Filha de José Anastácio Teixeira e Sofia Borges Teixeira. Solteira, tem 1 filho e 1 Neta. Graduada em Enfermagem e Especialização em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina, atua como Enfermeira da Policlínica de Florianópolis-SC, este cargo de enfermeira da Policlínica engloba as atividades do CTA, não sendo enfermeira específica do CTA. Jane atua no CTA e ambulatório de DST/aids do município de Florianópolis desde 1994.

(Arquivo pessoal da entrevistada: Foto autorizada)



(Arquivo pessoal da entrevistada: Foto autorizada)

**Rita de Cassia de Souza Enfermeira Coordenadora Florianópolis** nasceu em 22 de março de 1965 na cidade de Imbituba, Santa Catarina. Filha de Lino Gregório de Souza e Vitalina Abreu de Souza. Casada com Gilmar Carvalho de Souza. Mãe da Gabriela Abreu de Souza e Ramon de Souza. Enfermeira Graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina. Nos anos 2000 foi coordenadora do programa de DST/aids no município de Florianópolis-SC. Hoje é enfermeira oncologista, trabalha no hospital do CEPON, na radioterapia, sendo responsável pela área de braquiterapia e trabalha na UBS da Lagoa da Conceição de Florianópolis como enfermeira de Estratégia Saúde da Família.



(Arquivo pessoal da entrevistada: Foto autorizada)

**Sabrina da Silva de Souza Enfermeira** nasceu em 06 de maio de 1981 em Florianópolis, SC. Filha de Luiz Orlando de Souza e Zelia Guedert da Silva de Souza. Mãe do Gabriel. Graduada em Enfermagem, também é Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Trabalhou durante a vida toda com adultos, tem especialização em pneumologia sanitária, pois durante oito anos coordenou o programa de tuberculose no município de São José. Durante 13 anos trabalhou na vigilância epidemiológica de São José-SC, sempre com doenças crônicas transmissíveis, HIV, tuberculose hanseníase e hepatite. Hoje trabalha na secretaria de saúde no setor de Educação continuada no município, acredita que enquanto enfermeira tem um compromisso enorme para o desenvolvimento da assistência então sempre procura se qualificar para poder fazer uma assistência mais segura e qualificada.



(Arquivo pessoal da entrevistada: Foto autorizada)

**Mani Zilly Enfermeira** nasceu em 23 de novembro de 1978 na cidade de Marau no Rio Grande do Sul. Filha de Delveaux Dinho Polita Zimmer e Maria de Lourdes Zilly. Mãe da Gabriela e da Joana. Graduada em enfermagem pela Universidade do Vale do Itajaí, especialista em saúde pública. Atua no CTA da policlínica de Florianópolis desde 2009.



(Arquivo pessoal da entrevistada: Foto autorizada)

**Sandra Cristaks Farmacêutica Bioquímica** nasceu em 17 de outubro de 1965 em Florianópolis-SC. Filha de Miguel Cristaks e Maria Emilia Cristaks, mãe do Guilherme. Formada em farmácia bioquímica pela Universidade Federal de Santa Catarina, atuou no Ambulatório de DST/aids do município de Florianópolis de 2000 à 2009. Hoje trabalha no LACEN, na bacteriologia clínica.



(Foto do dia da entrevista: Foto autorizada)

**Ana Claudia da Cunha Enfermeira** nasceu em 19 de maio de 1979 em Santo Amaro da Imperatriz-SC. Filha de Lucia Adelina da Cunha e Manuel da Cunha. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, é Especialista em Saúde da Família. Trabalhou no programa de hanseníase até final de 2006 e em 2009 começou a ter o contato maior com o CTA auxiliando nos aconselhamentos. Hoje trabalha no setor de planejamento em Saúde, na prefeitura de São José.





(Foto do dia da entrevista: Foto autorizada)

**Dione Lucia Prim Laurindo, Enfermeira,** nasceu em 02 de setembro de 1972 em Biguaçu-SC. Filha de Simplicio João Prim e Maria de Lurdes Prim, casada com o André, mãe do Vitor e da Flávia, Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Especialista em Saúde da Família e Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde. Atuou no CTA de São José-SC desde 2002. Hoje é enfermeira de Gestão da Prefeitura de São José-SC



(Foto arquivo pessoal)

**Júlio César Vidal Verdi Médico.** Nasceu em 19 de outubro de 1959 no Rio Grande do Sul. Filho de Hélio Rômulo e Maria Alba Verdi. Casado Marta Verdi. Pai do Lorenzo. Graduado em Medicina pela Universidade do Rio Grande do Sul. Mestre em saúde pública pela Universidade Federal de Santa Catarina. Trabalhou no ambulatório de DST/aids e Centro de Testagem e Aconselhamento de 1988 a 2005. Hoje trabalha como médico na Polícia Militar.



(Foto arquivo pessoal)

**Mônica Nova de Queiroz Assistente Social** nasceu 20 de agosto de 1958 em Manaus, Amazonas. Filha de Leônidas Sampaio de Queiroz e Ester Ester Vasconcelos de Queiros, mãe da Carina, da Nicole e do Claus. Graduada em serviço social pela Universidade Federal do Amazonas, Especialista em serviço social do trabalho e Administração hospitalar. Trabalha no Centro de testagem e Aconselhamento desde 1988, hoje sua função no município é de assistente social e exerce a atividade como conciliadora do Centro de Testagem e Aconselhamento de Florianópolis.



(Foto arquivo pessoal)

**Vanuza Cristina Beall Enfermeira** nasceu em 20 de junho de 1968 em Luzerna, SC. Filha de Paulo Beall e Valéria Beall ambos falecidos, solteira e mãe do Arthur. Graduada em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, especialista em saúde Pública. Atuou no CTA de Florianópolis de 1988-2002 e 2015 em diante.



(Foto arquivo pessoal)

**Dilce Purper de Souza Enfermeira** nasceu em 22 de maio de 1956 na cidade de Saudade-SC. Filha de Pedro Arlindo Purper e Olga Borfer Purper. Casada João Dias de Souza. Graduada em enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Trabalha no Centro de Testagem e aconselhamento do município de Florianópolis desde 1991 até os dias atuais

**Nagela Debona Elger Back Enfermeira** nasceu em 19 de setembro de 1969 em Florianópolis-SC. Filha de Marmuds Ismail Elger Back e Yolanda Debona Elger Back. Solteira. Mãe de uma



Foto não autorizada

menina. Graduada em enfermagem pela Universidade do Vale do Itajaí, Especialista em Gerontologia pela UFSC. Enfermeira do CTA de São José desde 1999.

#### 4.6 COLETA DE DADOS - AS ENTREVISTAS

Para realizar a entrevista de História Oral foi preciso seguir um método e, portanto, foram utilizadas as entrevistas de história temática que segundo Alberti (2004), são aquelas que versam prioritariamente sobre a participação do entrevistado no tema escolhido. A coleta de dados ocorreu a partir da seleção dos entrevistados, foi realizada a entrevista zero com a enfermeira Jane (CTA de Florianópolis) e com a enfermeira Sabrina (CTA de São José), as quais nos indicaram os próximos entrevistados. As entrevistas foram realizadas de outubro de 2016 a abril de 2017.

As solicitações das entrevistas foram realizadas através de contato prévio por telefone ou pessoalmente, nesse momento o entrevistado foi informado sobre o objeto do estudo, da importância da sua participação e da possibilidade de aceitar ou não participar da pesquisa. O local e horário da entrevista foram definidos pelos entrevistados, sendo realizadas em seus locais de trabalho e residências. No dia da entrevista o sujeito foi novamente informado sobre o objeto do estudo, e da possibilidade de aceitar ou não participar da pesquisa, nesse momento foi solicitado a autorização para gravar a entrevista e a assinatura do consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A). As entrevistas foram direcionadas através de um roteiro previamente estabelecido (APÊNDICE B). Os depoimentos foram registrados sendo gravados e posteriormente transcritos.

A partir das primeiras entrevistas (entrevista zero dos sujeitos de ambos os CTAs), foram apontados novos personagens que, fizeram parte da pesquisa conforme quadro de participantes da pesquisa.

Após as entrevistas serem realizadas, foi acertado um novo encontro para que o entrevistado pudesse realizar a leitura da entrevista, a validação das entrevistas e assinatura da Carta de Cessão (APÊNDICE C). A Carta de Cessão de Entrevista é um documento que define a legalidade do uso da entrevista, autorizando a utilização e doação de toda a entrevista (gravada e/ou escrita) ou de partes da mesma (MEIHY, 2002). Após as entrevistas foi solicitado aos entrevistados para que autorizassem serem fotografados ou nos enviassem suas imagens para dar ao leitor uma visão dos participantes através de suas imagens.

#### 4.7 A ANÁLISE DOS DADOS

A técnica utilizada para a análise dos dados foi a Análise de Conteúdo Temática segundo Bardin (2015), que se refere a um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por meio de uma descrição objetiva e sistemática o conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a interpretação e a inferência de conhecimentos relativos a essas mensagens.

A análise de conteúdo organiza-se em torno de três polos: 1. A pré-análise; 2. A exploração do material; 3. O tratamento dos resultados que se refere à inferência e a interpretação (BARDIN 2015, p.121).

A análise foi realizada da seguinte forma:

a) Pré-análise: Fez-se a leitura das entrevistas buscando encontrar os núcleos de sentido pertinentes ao objetivo do estudo. O momento para fazer a seleção e organização dos dados contou com o auxílio de um software para análise de dados qualitativos, o Atlas.ti (*Qualitative Research and Solutions*).

b) Exploração do material: Nessa etapa foram codificadas as informações contidas no material tanto das entrevistas transcritas como das fontes documentais buscando alcançar o núcleo de sentido do texto (*codes*). Após essa etapa foram realizados recortes do texto (*quotations*), gerando unidade de registro pré-estabelecidas na pré-análise. Por fim, foram classificados os referidos recortes nas categorias temáticas (*families*).

c) O tratamento dos resultados foi obtido a partir das informações de relevância, as interferências e interpretações previstas pelo quadro teórico e pergunta de pesquisa.

Posteriormente, foram extraídos os indicadores constantes, os quais foram ao encontro à proposta do estudo, a partir da análise, buscaram-se as categorias temáticas que foram agrupadas conforme os objetivos iniciais deste estudo, que é historicizar a atuação das enfermeiras nos CTAs dos municípios de Florianópolis, São José no estado de Santa Catarina com uma abordagem das políticas públicas brasileiras e das diretrizes do SUS para HIV/aids no período de 1998-2015.

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa está norteada pela Resolução CNS 466/2012, que regulamenta as Diretrizes e Normas para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012d). O estudo

foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob CAAE: 60653416.2.0000.0121, conforme anexo A. Todos os entrevistados do estudo foram orientados quanto: ao tipo de pesquisa; ao direito de participar ou não da pesquisa; ao sigilo de algumas de suas informações; ao anonimato, caso assim deseje; ao uso de imagens fotográficas, vídeos e gravação de seu relato; a possibilidade de interromper a entrevista e pedir esclarecimentos, podendo desistir em qualquer fase do processo.

Após os esclarecimentos e o aceite dos entrevistados para participarem do estudo, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Além disso, após o término de cada entrevista, foi solicitada a assinatura do Termo de Cessão do conteúdo do depoimento oral (APÊNDICE C). Este documento consiste em uma carta que contém os dados do entrevistado, dos entrevistadores e da própria entrevista (data de realização, local, etc.) e tem por finalidade garantir os direitos de sua publicação (ALBERTI, 2004).

A ética na História Oral, segundo Amado (1997) deve estabelecer uma relação de cumplicidade entre o pesquisador e o entrevistado.

Citações corretas de trechos, títulos, autores e locais de guarda de documentos; atribuições dos créditos intelectuais a quem de direito [...] transparência de conceitos e da metodologia utilizados; exposição das lacunas, dúvidas e incertezas da pesquisa não são meros procedimentos técnicos [...] são procedimentos éticos, que servem para regular relações entre os próprios historiadores, entre estes e suas fontes e entre estes e seus leitores (AMADO, 1997, p. 146).

A validação dos dados é outro aspecto importante para que o pesquisador mantenha sua conduta ética. Consiste na devolução da pesquisa aos entrevistados, uma vez que os mesmos confiaram sua história, sua vida ao pesquisador, promovendo um compartilhar de conhecimentos que podem gerar importantes desdobramentos políticos e sociais para o grupo pesquisado, nesta etapa o entrevistado avaliará a descrição e autorizará a utilização dos dados (AMADO, 1997). Os resultados serão divulgados em eventos científicos e publicação em revistas indexadas. Os dados serão mantidos com os pesquisadores que os utilizarão somente para fins científicos.

## 5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados desta pesquisa foi construída no formato de quatro manuscritos. Essa forma de exposição dos resultados segue a instrução normativa número 10, de 15 de junho de 2011, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, e tem como prerrogativa, responder aos objetivos propostos para este estudo, os quais são retomados a seguir.

- **Objetivo 1:** Compreender a prática do aconselhamento nas dimensões do conhecimento de Enfermagem (1988-2015)

**Manuscrito 1:** Aconselhamento em DST, HIV e aids e sua interrelação com a prática do cuidado (1998-2015)

- **Objetivo 2:** Conhecer as ações dos (as) enfermeiros (as) desenvolvidas nos CTAs no período de 1998-2015;

**Manuscrito 2:** A organização e implantação dos Centros de Testagem em HIV/aids em Florianópolis e São José/SC e suas inovações tecnológicas

**Manuscrito 3:** Reflexões sobre a atuação das enfermeiras nos Centros de Testagem e Aconselhamento.

- **Objetivo 3:** Refletir sobre a construção social da aids através da mídia e campanhas de saúde de 1987 à 1999

**Manuscrito 4:** A construção social da aids nas campanhas de saúde pública (1987-1999)

## 5.1 MANUSCRITO 1 - ACONSELHAMENTO EM DST, HIV E AIDS E SUA INTERRELAÇÃO COM AS PRÁTICAS DE CUIDADO (1998-2015)

### RESUMO

O aconselhamento é uma modalidade de cuidado que no início dos anos 2000 era realizado principalmente pelos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Estes centros são unidades da rede básica de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), criadas basicamente com o objetivo de estimular a adoção de práticas seguras (prevenção primária), ampliar o acesso ao diagnóstico sorológico para o HIV, e encaminhar as pessoas infectadas pelo vírus para serviços de atenção especializada. O objetivo deste estudo é compreender a prática do aconselhamento nas dimensões do conhecimento de Enfermagem através dos quatro padrões fundamentais, o empírico (ciência de Enfermagem), o estético (a arte da Enfermagem), o conhecimento pessoal (o uso terapêutico do eu) e o ético (o componente do conhecimento moral da Enfermagem). Pesquisa qualitativa, com abordagem sócio histórica, baseada na nova história. O estudo teve como cenários o ambulatório de DST/aids de Florianópolis e São José-SC e os Centros de testagem e aconselhamento dos dois municípios. Foram realizadas entrevistas com sete enfermeiras, um médico, uma bioquímica, duas assistentes sociais que trabalharam nestes serviços no período do estudo. Os dados foram analisados pelo método de Análise de Conteúdo de Bardin. Deste estudo surgiram as seguintes categorias: a) aconselhamento: a escuta e a conexão com o cliente b) o aconselhamento e o conhecimento do profissional de saúde e o ético. neste texto trouxemos um pouco sobre as formas de abordagem dos profissionais da saúde enquanto aconselhadores, Profissionais engajados numa relação de ajuda, que nem sempre é fácil e simples, onde diariamente precisam superar seus próprios conceitos e preconceitos, esforço-me em reafirmar, a necessidade de garantir uma postura de desvelo frente a eles, permitindo a expressão de suas angústias, medos e inseguranças, assegurando uma verdadeira integração da experiência ligada à proximidade da morte, originada pela aids. Enquanto prática, o aconselhamento contempla temas importantes como a tecnologização, a reflexividade, o diálogo, o respeito e a confiança

**Palavras chaves:** Aconselhamento. Aids. História. Enfermagem. Especialidade. Educação para saúde

### INTRODUÇÃO

A prática do aconselhamento é compreendida como uma relação de ajuda para com o outro. Este processo se consolida mediante uma postura de acolhimento e afeição permeada pelo respeito, buscando sempre uma comunicação clara e objetiva, projetando assim uma relação de confiança num momento vivencial atípico, difícil e de muita fragilidade (PEQUENO; MACEDO; MIRANDA, 2013).

O aconselhar é um processo que exige do profissional o sair de si em direção ao outro, propiciando o encontro/interação e, sobretudo respeito à pessoa como ser único, singular, aliado à aquisição de conhecimentos, competências e habilidades para realizar este cuidado (ALMEIDA; LABRONCINI; ZAGONEL, 2003).

É de extrema importância para aquele que realiza o aconselhamento a busca do autoconhecimento, uma vez que este induz a uma análise existencial, a uma introspecção, para poder conhecer o outro é necessário despir-se de preconceitos e auxilia na retirada das máscaras utilizadas na teatralidade da vida cotidiana, auxiliando a compreender e a aprimorar as interações humanas na busca do veraz sentido do cuidado (LABRONICI, 2002; FERREIRA *et al.*, 2016).

A prática de aconselhamento está conexas à técnica da subjetivação da confissão, ou seja, na medida em que ela é usada para trazer o interior das pessoas para dentro buscando o poder-saber, essa técnica é altamente valorizada para produzir a verdade e permitir esse mergulhar em si mesmo através do diálogo.

Na década de 1980 o Ministério da Saúde implantou o aconselhamento, por meio da Coordenação Nacional de DST e aids, que o define como: “um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente”. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação (BRASIL, 2017).

O processo de aconselhamento contém três elementos:

Apoio emocional, que trata da pessoa em sua integralidade; Apoio educativo, que trata das trocas de informações sobre DST e HIV/aids, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento; Avaliação de riscos, que propicia a reflexão sobre os valores, atitudes e condutas, incluindo o planejamento de estratégias e redução de risco (BRASIL, 2017, p. 22).

O aconselhamento é uma modalidade de cuidado que no início dos anos 2000 era realizado principalmente pelos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Estes centros são unidades da rede básica de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), criadas basicamente com o objetivo de estimular a adoção de práticas seguras (prevenção primária), ampliar o acesso ao diagnóstico sorológico para o HIV, e encaminhar as pessoas infectadas pelo vírus para serviços de atenção especializada (prevenção secundária) (BRASIL, 20--).

A partir de 2015 a Coordenação Nacional de DST e aids vêm fomentando a inserção da prática do aconselhamento acompanhado da testagem sorológica, junto aos diversos profissionais da saúde atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do SUS que atendem pessoas com DST, HIV e a aids. Em Florianópolis e São José Santa Catarina, as Secretarias Municipais da Saúde, desde 1999, oferecem o aconselhamento e a sorologia para o HIV em suas UBS para todas as gestantes e, a partir de dezembro de 2001 passou a ofertar também

nesses serviços, às pessoas que vivenciaram alguma situação de risco para a infecção pelo HIV e àqueles que têm interesse em conhecer seu status sorológico.

Labronici (2002) salienta que é preciso se instaurar a situação de encontro/interação, buscando uma pluralidade de trocas para propiciar a complementaridade da informação tanto do saber como o de desconhecer. Este processo tem a finalidade de resgatar a integralidade da pessoa, descobrir suas potencialidades, fortalecer sua autonomia e responsabilidade no desenvolvimento do autocuidado e transformação de hábitos. A ação do aconselhamento está situada no cliente e no reconhecimento de sua demanda, fundamentada em quem ele é, no que sente, na forma como se percebe, na sua compreensão de mundo e no seu saber.

Ao refletir sobre a prática do aconselhamento no cenário da aids após várias leituras entendemos que os elementos integrantes na ação do aconselhamento estão presentes em todas as dimensões do conhecimento da Enfermagem, sendo necessário desvelar esta prática tão utilizada no cuidado e prevenção ao HIV/aids.

O profissional de enfermagem ou de saúde habilitado e afetuoso torna o aconselhamento no CTA um processo de escuta ativo, provocando uma relação de confiança, minimizando dilemas e estressores decorrentes do resultado. O resultado desse processo permite ao profissional avaliar situações de exposição ao risco de infecção pelo HIV. Para o paciente, é uma oportunidade de se preparar para receber o diagnóstico de HIV ou para a adoção das medidas de prevenção dessa infecção em caso de resultado negativo (FRANCO; FRANCO, 2011).

O objetivo deste estudo é compreender a prática do aconselhamento nas dimensões do conhecimento de Enfermagem.

## **METODOLOGIA**

Pesquisa qualitativa, com abordagem sócio histórica, baseada na nova história. O estudo teve como cenários o ambulatório de DST/aids de Florianópolis e São José- SC e os Centros de testagem e aconselhamento dos dois municípios. Para a coleta de dados, utilizou-se a história oral, por meio de entrevistas semiestruturadas. A história oral é um “método de pesquisa histórica, antropológica e sociológica que privilegia a realização de entrevistas”, gerando, com seus resultados, fonte de consulta para outros estudos (ALBERTI, 2004, p.18). Além das entrevistas, foram utilizadas fontes documentais como: portarias, leis, que serviram como importantes subsídios para a fundamentação da pesquisa, possibilitando a análise e a interpretação contextualizada dos dados. Foram realizadas entrevistas com oito enfermeiras,

um médico, uma bioquímica, duas assistentes sociais que trabalharam nestes serviços no período do estudo.

Os profissionais foram selecionados por terem atuado no planejamento, organização e assistência desta política de ação no período supracitado. Inicialmente, foi realizada uma entrevista com a Enfermeira Jane, primeira Enfermeira do ambulatório de DST/aids de Florianópolis e com a Enfermeira Sabrina do ambulatório de DST/aids de São José, por entender que elas teriam condições de indicar os demais participantes da pesquisa, sendo a entrevista zero para cada município. Além disso, foram realizadas buscas em documentos da época na secretária municipal de saúde de Florianópolis e São Jose- SC com a intenção de definir quem faria parte da investigação.

Os dados foram coletados entre dezembro de 2016 e abril de 2017. Os entrevistados foram inicialmente contatados por telefone, quando foram agendadas as entrevistas em locais definidos pelos próprios participantes do estudo. As entrevistas tiveram duração média de 90 minutos e foram gravadas, transcritas, transcriadas e posteriormente validadas.

Os dados foram analisados pelo método de Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 2015). Foram analisadas as transcrições das entrevistas, seguidas de leitura atenta, na qual foram extraídos os enunciados, conferindo-lhes uma sistematização provisória/codificação. Concluída a análise, os enunciados foram agrupados em três categorias: 1) aconselhamento: a escuta e a conexão com o cliente; 2) o aconselhamento e o conhecimento do profissional de saúde; e 3) o aconselhamento e o conhecimento ético.

O estudo foi submetido à Plataforma Brasil com protocolo número CAAE: 60653416.2.0000.0121 e norteado pela Resolução CNS 466/2012 (publicada em 13/06/2013). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, por se tratar de pesquisa histórica, autorizaram a divulgação de suas imagens e seus nomes. As entrevistas foram validadas pelos entrevistados, que assinaram as cartas de cessão.

## **RESULTADOS**

Foram entrevistados sete profissionais de saúde (enfermeiras e assistentes sociais) que atuaram como aconselhores no Centro de Testagem e aconselhamento de Florianópolis-SC e São José- SC no período de 1998-2015. Deste estudo surgiram duas categorias: a) Aconselhamento: a escuta e a conexão com o cliente, b) O aconselhamento e o conhecimento do profissional de saúde e o ético.



### **Aconselhamento: a escuta e a conexão com o cliente**

Quando questionados sobre o significado do aconselhamento, todos afirmaram a importância da postura e atitude profissional do aconselhador, as enfermeiras salientaram a importância dos quatro padrões fundamentais da enfermagem, o empírico (ciência de Enfermagem), o estético (a arte da Enfermagem), o conhecimento pessoal (o uso terapêutico do eu) e o ético (o componente do conhecimento moral da enfermagem).

[...] uma atitude receptiva no sentido de “acolher” o cliente é uma das primeiras condições para a realização e sucesso do aconselhamento. É preciso perceber e reconhecer que quando o usuário chega ao serviço traz consigo uma carga considerável de fragilidades e angústias pessoais; dominado pelo medo. Portanto, é necessário que ele se sinta apoiado, acolhido e bem-vindo [...] (Débora – assistente social CTA Florianópolis).

No ato de aconselhar, torna-se muito importante perceber e distinguir o que é um momento mais informativo e qual é o conhecimento do cliente para a prevenção, saber também quando é momento para a abordagem de vivências, sentimentos e questionamentos da pessoa atendida (Sabrina – Enfermeira – CTA São José).

Em algumas falas os profissionais trazem a importância da escuta ativa, e do envolvimento do aconselhado e do aconselhador.

Ainda que partilhemos da mesma finalidade que é a prevenção e a redução de riscos, a orientação deve ser marcada na “escuta” priorizando os movimentos individuais, refletindo sobre as informações e a partir de suas vivências, estimular a expor suas reais dificuldades para a adoção de determinadas ações que reduziriam seus riscos. É preciso saber informar e escutar, da forma mais articulada possível [...] (Jane – Enfermeira – CTA Florianópolis).

Creio que a habilidade de “escutar ativamente” é o verdadeiro ato de cuidar, ele se expressa no momento da entrega, um estar à disposição do outro buscando perceber a compreensão originária na fala, na linguagem, no corpo, nas expressões, ou simplesmente no momento que se cala [...] (Dione – Enfermeira – CTA São José).

Além da escuta ativa aparece nas falas a importância e a necessidade da articulação, o valorizar da informação do outro sem conceitos ou pré conceitos.

[...] certa vez uma paciente me falou se eu lhe disser quem sou e o que faço, você pode não gostar de quem sou, e isso é tudo o que tenho, e isso me assusta muito [...] (Nagila – Enfermeira CTA São José).

[...] o paciente chega nos contando tudo, e no começo é bem difícil, pois lidamos com a sexualidade, ouvimos coisas que nem imaginamos que as pessoas podem fazer... e isso é o mais difícil não julgar [...] (Ana – Enfermeira CTA São José).

[...] trabalhamos não somente com aquele indivíduo que chega até nós cheio de medos, lidamos com a sua história e é preciso respeitar [...] (Sabrina – Enfermeira CTA São José).

[...] são tantas coisas que vivenciamos, por exemplo, o casal de homossexuais que fazem sexo sem camisinha sabendo que um dos parceiros é positivo somente para provar que ama [...] o adolescente que quer provar para o namorado ou namorada

que ama e não trai [...] então no aconselhamento eu sempre falo que quando você transa com alguém você transa com seu passado, com seus parceiros anteriores, e o cuidado é fundamental [...] (Jane – Enfermeira CTA Florianópolis).

[...] no aconselhamento gosto de trazer o exemplo da caixa de serpentes [...] ninguém coloca a mão dentro de um saco de serpentes pois sabe que corre o risco de ser picado [...] a mesma coisa quando você transa sem camisinha você está se colocando em risco de ficar doente [...] (Jane – Enfermeira CTA Florianópolis).

Percebe-se através das falas que é possível compreender a prática do aconselhamento nas dimensões do conhecimento interpessoal e que é fundamental o conhecimento pessoal e o ético para uma escuta efetiva e com resultados positivos.

### **O aconselhamento e o conhecimento do profissional de saúde e o ético**

Quando indagados sobre o conhecimento profissional para aconselhar, eles trazem a necessidade de entender o outro de estar aberto para cuidar mostrando que somente a técnica de entrevistar e aconselhar não seria tão resolutiva. O profissional precisa mostrar-se aberto ao sentido da experiência do outro, só assim conseguira captar de modo intuitivo, a necessidade daquela pessoa conforme podemos observar a seguir.

Entender o ato de cuidar através do aconselhamento podemos dizer que é como um encontro do enfermeiro com o cliente e isso constantemente é influenciado pelos sentimentos que vão surgindo durante as conversas, que normalmente não são fáceis, cada conversa, cada aconselhamento torna-se uma grande aventura em que há descobertas contínuas e cada vez mais profundas, isso acontece a partir do momento que ambos [profissional e paciente] permitem se desvelar. É uma experiência genuína, ímpar, e de muito aprendizado (Vanuza – Enfermeira – CTA).

O ato de escutar transmite ao cliente que ele é aceito, respeitado e tratado como ser humano que a sua existência tem grande significação, neste momento lhes damos a possibilidade de planejar conjuntamente as ações do seu cuidado a partir de suas reais necessidades [...] escutamos e propomos formas de cuidar [...] (Débora – Assistente Social – CTA Florianópolis).

Quando questionados sobre a postura ética no aconselhamento e as formas de abordagem no início do advento da aids, fica saliente que a aids não era apenas uma doença e sim um castigo considerado pela sociedade que não aceitava determinados comportamentos

Na verdade, no começo as posturas traduziam tão somente a intolerância experimentada em relação a comportamentos que se consideravam indesejáveis. Em outras palavras, o que se queria combater, não era a doença, e sim o comportamento, a sexualidade, a forma de viver do outro [...] (Dilce – Enfermeira – CTA Florianópolis).

Aprendi nessa minha caminhada, que se iniciou há mais de 30 anos no CTA, a respeitar e validar a importância da diferença e do diferente. Essas vivências me permitiram lançar novos olhares às múltiplas realidades existentes que permeiam o

cotidiano da aids, e me ajudaram a substituir a lente da distorção e do preconceito pela da solidariedade [...] (Jane – Enfermeira – CTA Florianópolis).

O ato de escutar é a uma das mais efetivas formas de cuidar, pois através da escuta damos a oportunidade ao outro para mostrar seus anseios, medos e fragilidades, nos permitindo planejar e executar a assistência de forma mais efetiva.

## **DISCUSSÃO**

Os CTAs, ao terem no aconselhamento sua tarefa primordial, abordam de forma permanente temas pessoais (como a sexualidade) e coletivos (preconceitos, tabus, direitos sociais etc).

As falas dos profissionais compreendem a prática do aconselhamento nas dimensões do conhecimento de Enfermagem através dos quatro padrões fundamentais, o empírico (ciência de Enfermagem), o estético (a arte da Enfermagem), o conhecimento pessoal (o uso terapêutico do eu) e o ético (o componente do conhecimento moral da Enfermagem desta forma, estes praticam uma modalidade de assistência que dá voz, crédito e escuta ao sujeito). Nesses serviços, essa é uma estratégia fundamental, uma vez que sem o engajamento e a participação ativa desse sujeito, poucas são as chances de ampliarmos os comportamentos e valores capazes de evitarem as DST e o HIV.

Como fica evidente na fala dos entrevistados o aconselhamento pressupõe a existência de uma postura e atitude profissional que constitui diretrizes para esta prática, quais sejam: o exercício do acolhimento, a escuta ativa, a comunicação competente, a avaliação de riscos e reflexão conjunta sobre alternativas para novos hábitos de prevenção e a orientação sobre aspectos clínicos e do tratamento (MORA; MONTEIRO; MOREIRA, 2018).

O conceito de escuta ativa ou atitude de escuta necessita ser bem entendido, pois muitas vezes esta ação pode ser substituída por mero caráter informativo visto como instrução repasse de informação ou orientação informativa de caráter normativo (PEQUENO; MACEDO; MIRANDA, 2013). Nas entrevistas os profissionais de saúde demonstram esta preocupação salientando sempre o ouvir e planejar através da escuta.

Quando questionados sobre os tabus e medos durante as entrevistas os entrevistados deixaram evidente como a necessidade de ser escutado, levado a sério, compreendido e aceito é uma característica do ser humano. Os participantes referiram dificuldade do paciente em se abrir a alguém que nunca viu, acabam tendo medo de mostrar como é seu mundo privado, de se expor, retirar suas máscaras, de compartilhar seus segredos, vergonhas ocultas, sonhos

desfeitos, esperanças e desejos jamais revelados, pois se sente refém do medo do julgamento dos outros (ROCHA *et al.*, 2018).

Nossa cultura sempre condicionou as pessoas a reagir e julgar depreciativamente o comportamento daqueles que não agem conforme os padrões determinados pela sociedade que considera seus padrões já definido como o mais “correto” e mais “normal”. Sendo assim rotula-se e aplicam-se estereótipos através dos quais as pessoas se guiam para o confronto cotidiano com a diferença e o diferente. A Antropologia Social chama isso de etnocentrismo (ROCHA, 1984; LARAIA, 2001).

A epidemia da aids se tornou um terreno fértil para as atitudes etnocêntricas, uma vez que evoca temas polêmicos como corporeidade, sexualidade, sangue e morte (BARROS, 2000).

Na análise do discurso dos profissionais do CTA está implícito que o conhecimento empírico inclui: conhecimento científico, tradição e natureza dos cuidados. O conhecimento estético implica: expressividade, subjetividade e sensibilidade. O autoconhecimento, a experiência, a atitude reflexiva e a relação com os outros são as subcategorias do conhecimento pessoal e a moral e a ética suportam o conhecimento ético.

O profissional que escolhe trabalhar com HIV e a aids, e deseja estabelecer uma relação de ajuda, deve mantê-la o mais livre possível de qualquer juízo de valor, deve despir-se de seus conceitos e (pré) conceitos. Isto permitirá que a outra pessoa atinja um ponto em que ela própria reconhecerá que o lugar de julgamento, o centro da responsabilidade, é de responsabilidade exclusivamente dela.

Para o profissional de saúde a técnica de “escutar-ativamente” é um importante instrumento do cuidado e exige dedicação, sensibilidade, perseverança, paciência, disposição e disponibilidade do cuidador. É preciso conhecer a si mesmo para assim poder cuidar e compreender o outro.

O processo comunicacional não é uma via de mão única, entre o emissor e o receptor, mas um processo em que: “1) o receptor não é “receptáculo” passivo de mensagem, mas sujeito ativo de reconstrução interpretativa do conteúdo informacional; 2) os “ruídos” que comprometem a apreensão da mensagem não se limitam à não clareza da linguagem, mas também dizem respeito a não partilha dos significados culturais vinculados às vivências dos indivíduos a quem se destina a mensagem; 3) a relação comunicacional, não se baseia numa relação estanque entre “emissor-receptor” mas numa troca (conflitiva ou não) entre ambos, em que “emissor” se torna “receptor” e vice versa” (BARROS, 2000).

O aconselhador deve buscar a comunicação de forma mais clara possível buscando o respeito, à possibilidade do diálogo, do encontro e da sintonia, o aconselhador deverá buscar a avaliação de riscos e sempre realizar uma reflexão conjunta sobre alternativas para novos hábitos, este tipo de abordagem precisa ser centrada na vivência e na real expectativa da pessoa que veio buscar o aconselhamento.

É fundamental que os profissionais desenvolvam uma dinâmica pessoal de abordagem, mas tendo como apoio às bases técnicas para tal, visto que a orientação para a prevenção não pode estar centrada numa perspectiva meramente normativa e de controle, pois já se mostrou de baixa eficácia (BRASIL, 1999). A abordagem precisa ser traçada dentro de um campo de parceria e de troca, refletindo em conjunto os riscos e estratégias para a prevenção. Fazendo acordos entre ambos (profissional e cliente) O atendimento deve ser personalizado e individualizado (BRASIL, 2017).

Tudo o que o paciente traz suas vivências, suas atitudes as falas e as percepções de vida precisam ser tomadas como matéria prima para elaboração de planos de cuidados, desta forma o aconselhamento terá sua eficiência e será possível reduzir os riscos para a infecção pelo HIV e outras DST. Para ser eficaz o aconselhamento precisa acolher o paciente com resultado positivo e proteger os negativos para o risco da infecção através da conscientização dos riscos.

Quando a pessoa permite compartilhar o seu mundo é que a pessoa se conhece, ou seja, ela só pode se reconhecer e experienciar a plenitude da vida através do contato com a outra pessoa, visto que a existência se dá num processo de coexistência (existir com o outro) (POWELL, 1992).

No aconselhamento o enfermeiro deve se mostrar aberto ao sentido da experiência do outro, só assim conseguirá captar de modo intuitivo, a necessidade daquela pessoa e poderá desvelar uma situação de Enfermagem.

É necessário investigar mais as estratégias de abordagem no CTA para que estas contribuam para a aprendizagem dos padrões de conhecimento em HIV/aids sendo possível aprender os padrões de conhecimento através da arte, sobretudo do estético, ético e pessoal.

Para facilitar a própria receptividade e para que isto ocorra, Patterson e Zderad, (1993, p. 247) sugerem que:

se observe a situação de enfermagem sem quaisquer noções, preconceitos, tentando evitar expectativas, rótulos e julgamentos. É importante que, inicialmente, conheçamos os preconceitos próprios, conscientizando-nos de nossas tendências filosóficas e teóricas [...]. Todas essas atividades exigem um esforço consciente por parte da enfermeira, na direção da auto percepção. Agindo assim, no entanto, as enfermeiras podem estar receptivas a todas as situações de enfermagem, e serão

mais capazes de captar, de modo intuitivo, as nuances sutis, envolvidas na interação humana.

É muito importante que os profissionais aconselheiros estejam engajados numa relação de ajuda, garantido uma postura de acolhimento frente ao paciente, permitindo a expressão de suas angústias, medos e inseguranças, garantindo uma verdadeira integração entre ambas as partes. A grande questão ética da aids surgiu quando o mundo experimentou em 1980, posturas recheadas pela ignorância e discriminação contra grupos sociais identificados como susceptíveis em maior grau à obtenção da doença (os chamados grupos de risco). Estas pessoas que defendiam a antipatia contra os grupos de risco acreditavam que agindo assim, conseguiriam aumentar a sua segregação e, por consequência, obter a circunscrição da doença a faixas controláveis (PEQUENO; MACEDO; MIRANDA, 2013; CONFORTIN *et al.*, 2016).

Devido aos preconceitos e da ignorância da sociedade, juntamente com a incurabilidade da doença na época, acabaram determinando à pessoa com HIV ou aids uma condenação não só pela morte biológica, natural e destinada a todos os seres humanos, mas com muito mais rapidez, que é a morte civil, impedindo a de exercer plenamente todos os seus direitos de cidadã. A aids deixa de ser uma doença para ser uma pena aplicada aos julgados criminosos morais (GRUPO PELA VIDA, 1993).

Foi a Constituição Federal de 1988 que trouxe alguns avanços de ordem jurídica, impondo às autoridades e toda a sociedade, o espírito de solidariedade. Através dela ao longo dos anos o paciente infectado foi ganhando espaço para sobreviver na sociedade. No artigo 3º da constituição, como fundamentos da nação a “construção de uma sociedade livre, justa e solidária”, obrigando a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, etnia, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, garantindo a igualdade de todos perante a lei (GRUPO PELA VIDA, 1993, p.11). Desde então, muitos avanços foram conquistados graças, principalmente, a organização política dos Grupos acometidos pela doença.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Identificar a formação dos discursos sobre a aids, a que necessidades eles responderam, como se modificaram e se deslocaram, tem importância central para se compreender a prática do aconselhamento.

Assim, traz-se um pouco sobre as formas de abordagem dos profissionais da saúde enquanto aconselheiros, profissionais engajados numa relação de ajuda, que nem sempre é

fácil e simples, onde diariamente precisam superar seus próprios conceitos e preconceitos, reafirma-se a necessidade de garantir uma postura de desvelo frente a eles, permitindo a expressão de suas angústias, medos e inseguranças, assegurando uma verdadeira integração da experiência ligada à proximidade da morte, originada pela aids. Enquanto prática, o aconselhamento contempla temas importantes como a tecnologização, a reflexividade, o diálogo, o respeito e a confiança.

Da análise do discurso dos profissionais do CTA, emergem diferentes padrões que compõe os conhecimentos fundamentais da enfermagem o conhecimento empírico conhecimento científico, tradicional e da natureza dos cuidados, o conhecimento estético que traz toda a expressividade, a subjetividade e a sensibilidade do aconselhamento, e o que aparece com maior destaque nas entrevistas o conhecimento pessoal que salienta autoconhecimento, as experiências dos profissionais e todas as atitudes reflexivas em relação ao outro e o conhecimento ético que aborda moral e a ética. Ao refletir sobre o processo de aconselhamento se observa que escutar e orientar também implicam conhecimento empírico, ético, estético e pessoal, expresso na relação de profissional e paciente e no encontro singular entre quem escuta e quem ouve, onde ambos (o ouvinte e o orientador) são envolvidos numa relação de descoberta não só do conhecimento, mas também do existir.

Somente através da preocupação, elaboração e lapidação face à experiência genuína dos significados que a epidemia da aids faz insurgir, é que se torna possível oferecer às pessoas acometidas uma melhor qualidade do cuidado, dos serviços e da vida, e que essa busca de entendimento pessoal possa substituir o espectro distorcido e preconceituoso da epidemia, pela solidariedade.

## REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. **Manual de História Oral**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

ALMEIDA, M.R.C.B.; LABRONCINI, L.M.; ZAGONEL, I.P.S. O processo de aconselhamento em DST, HIV e AIDS e sua inter-relação com os padrões de conhecimento da enfermagem: uma conexão. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 39-49, Jan/Jun. 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 70<sup>a</sup> ed. Lisboa. 2015.

BARROS, E.P. **Aids e diversidade sócio-cultural**. Congresso virtual, 2000. Disponível em: [www.naya.org.ar/congresso\\_2000/ponencias/Edir\\_Pina\\_de\\_Barros.htm](http://www.naya.org.ar/congresso_2000/ponencias/Edir_Pina_de_Barros.htm). Acesso em: 13 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aconselhamento: um desafio para a prática integral em saúde - avaliação das ações.** Brasília: MS, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos das pessoas vivendo com HIV.** [Internet]. [20--]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/direitos-das-pvha>. Acesso em: 18 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil. 6. ed. Brasília: MS, 2017.

CONFORTIN, S.C. et al. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p.1049-1060, 2015. Doi: 10.1590/0102-311X00132014

FERREIRA, L.T. et al. Profilaxia da transmissão vertical do HIV: cuidado e adesão desvelados por casais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 275-281, mar/abr. 2016.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas de Cuidado Integral: uma proposta de organização da rede de saúde.** Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2011.

GRUPO PELA VIDDA. **Direitos das pessoas vivendo com HIV e Aids.** Rio de Janeiro: Fundação Ford e Sociedade Viva Cazuza, 1993.

LABRONICI, L.M. **Eros propiciando a compreensão da sexualidade das enfermeiras.** Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

LARAIA, R.B. **Cultura: um conceito antropológico.** 14 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

MORA, C.; MONTEIRO, S.; MOREIRA, C.O.F. Education, practices and paths of counselors at HIV testing centers in Rio de Janeiro, Brazil. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1145-1156, 2015.

PATERSON, J.E.; ZDERAD, L.T. **Humanistic Nursing.** United States of America: Wiley Biomedical Publication, 1993.

PEQUENO, C.S.; MACEDO, S.M.; MIRANDA, K.C.L. Aconselhamento em HIV/AIDS: pressupostos teóricos para uma prática clínica fundamentada. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 66, n. 3, Maio/Jun. 2013. Doi: 10.1590/S0034-71672013000300020

POWELL, S.J.J. **Porque tenho medo de dizer que sou.** Belo Horizonte: Crescer, 1992.

ROCHA, E. **O que é etnocentrismo.** Brasília: Brasiliense, 1984.

ROCHA, K.B. et al. Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica: Desafios na descentralização do teste rápido HIV/Aids. **Ciencias Psicológicas**, v. 12, n. 1, p. 67-78, 2018. Doi: <https://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1597>



## 5.2 MANUSCRITO 2 - A ORGANIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DOS CENTROS DE TESTAGEM EM HIV/AIDS EM FLORIANÓPOLIS E SÃO JOSÉ/SC E SUAS INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS

### RESUMO

**Introdução:** No Brasil, a epidemia do HIV/aids surge em um momento de grandes mudanças histórica no campo político no país. As políticas públicas de saúde com relação ao HIV/aids no Brasil foram marcadas por fases distintas, considerando-se o avanço tecnológico, o desenvolvimento dos conhecimentos científicos, a participação de diferentes segmentos sociais e institucionais na elaboração das respostas à epidemia. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo historicizar o processo de organização e implantação desta política de ação em Florianópolis/SC e São Jose no período compreendido entre 1989 e 2011. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, com abordagem sócio histórica com entrevistas a oito enfermeiras, um médico, uma bioquímica e duas assistentes sociais. Os dados foram analisados pelo método de Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** Após a análise dos dados emergiram duas categorias: A) Os Centros de testagem e aconselhamento em Florianópolis e São José-SC: as condições de trabalho. B) A organização tecnológica do Centro de testagem e aconselhamento em Florianópolis e São José- SC. **Conclusão:** Conclui-se que as enfermeiras do CTA de Florianópolis e São José desenvolveram atividades de grande importância no processo de organização e implantação do CTA, sempre respeitando e cumprindo as políticas públicas de saúde, buscando sempre trabalhar dentro das diretrizes estabelecidas pelo SUS em especial as aplicadas ao CTA e ao paciente com HIV/aids. Conclui-se também a qualidade do cuidado no HIV/aids contempla também as inovações tecnológicas adotadas, que somente serão possíveis através do empenho dos profissionais de saúde em especial as enfermeiras e da busca por aprimoramento contínuo de toda a equipe de saúde.

**Descritores:** Enfermagem. História. Aids. Especialidade.

### INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde com relação ao HIV/aids no Brasil foram marcadas por fases distintas, considerando-se o avanço tecnológico, o desenvolvimento dos conhecimentos científicos, a participação de diferentes segmentos sociais e institucionais na elaboração das respostas à epidemia (COLAÇO *et al.*, 2019).

No Brasil, a epidemia do HIV/aids surge em um momento de grandes mudanças histórica no campo político no país. A primeira fase data do início da década de 1980, quando surgiram os primeiros casos de aids no país. Esta fase se caracteriza pela omissão das autoridades governamentais, em especial no plano federal, em relação à doença. A população vivia uma onda de medo, estigma e discriminação (MALISKA *et al.*, 2009, COLAÇO *et al.*, 2019).

As primeiras respostas à epidemia surgiram das comunidades afetadas e de setores progressistas, levando à formação das primeiras organizações não governamentais que buscavam respostas em relação à doença, visto que até este momento nenhum setor

governamental havia se pronunciado em respeito a epidemia. Com o surgimento de uma resposta federal, iniciada pela pressão de um número crescente de programas estaduais e municipais de aids, a segunda fase da resposta política à epidemia no Brasil parece estender-se aproximadamente de 1986 até o início de 1990, quando a liderança do Programa Nacional de DST/aids (PNDST/aids) mudou pela primeira vez os seus dirigentes, seguindo as mudanças políticas do país. A terceira fase na evolução das políticas públicas em resposta à epidemia do HIV/aids, corresponde ao período de 1990 a 1992, marcada por uma completa falta do diálogo entre a sociedade civil e o governo federal, tornando ainda mais clara a dificuldade de sustentar uma resposta a longo prazo (VILLARINHO, 2013).

Em 1985 foi fundada a primeira Organização Não Governamental (ONG) com atividade em HIV/aids no país – Grupo de Apoio à Prevenção da aids (GAPA). Esta ONG tem como ações o respeito à cidadania das pessoas, direta ou indiretamente atingida pelo HIV/aids, e luta por políticas públicas que trouxessem respostas adequadas ao avanço da epidemia. Neste mesmo ano de 1985 são criados 16 Programas Estaduais de DST/aids em 10 estados. O Ministério da Saúde passou a veicular campanhas sobre as várias formas de prevenção da doença. Ainda no âmbito das políticas públicas na luta e controle à epidemia da aids, o Ministério da Saúde criou em 1986, o Programa Nacional de DST e aids (PN-DST/AIDS), que em 2003 foi considerado referência mundial por diversas agências internacionais. O sucesso do Programa, reconhecido mundialmente, dá-se não só pela oferta universal e gratuita dos Antirretrovirais, mas também por ser um programa interministerial em diálogo permanente com os movimentos sociais e com a comunidade científica (SZWARCOWALD, 2011).

Essa política pública de incentivo visava à implementação de políticas na área de HIV/DST/aids, apresentando como principais diretrizes: a melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos às pessoas com HIV/aids e outras DST; a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis; o aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento das DST; o aumento da cobertura do diagnóstico da infecção pelo HIV; a redução do estigma e da discriminação; a melhoria da gestão e sustentabilidade das ações; a pressão política promovida pela sociedade civil que, respaldada nos princípios de universalidade e integralidade do SUS, requeria o acesso universal ao tratamento da aids (COLAÇO *et al.*, 2019)

Já em 1992 o Brasil passou a fornecer gratuitamente o AZT e medicamentos utilizados na quimioprofilaxia de pacientes cadastrados em serviços de referência. A partir de 1995, foram incorporados também a didanosina (ddI) e a zalcitabina (ddC) (COLAÇO *et al.*, 2019;

TONERA; MEIRELES, 2015). Em 1996, o Brasil promulgou a Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos para todas as pessoas acometidas pelo HIV/aids, mesmo contra as recomendações e as advertências do Banco Mundial (BRASIL,1996). Tal proposta terapêutica, denominada “*High Active Antiretroviral Therapy*” (HAART), veio proporcionar grande aumento na sobrevivência dos pacientes soropositivos. A disponibilidade dessa terapia antirretroviral de alta potência, gratuitamente, para todas as pessoas com HIV positivo, causou impacto notável na realidade da epidemia no Brasil, com redução da morbimortalidade, diminuição das internações hospitalares e progressiva mudança na maneira da sociedade e dos profissionais da saúde no cuidado aos pacientes (VILLARINHO, 2013).

Em 1997, a Coordenação Nacional de DST/aids publicou o documento “Aconselhamento em DST/HIV e aids – Diretrizes e procedimentos básicos”, estimulando a incorporação do aconselhamento como uma nova ação tecnológica em diversos serviços de saúde, para além dos centros de testagem, visando contribuir para a redução das infecções sexualmente transmissíveis. Os primeiros CTAs no Brasil foram implantados nos estados do Rio Grande do Sul e São Paulo e antes de 1997 eram denominados de “Centros de Orientação e Apoio Sorológico” (COAS) e tinham como diretrizes: atuar como centro de divulgação de informações sobre a prevenção da infecção pelo HIV, sob a forma de palestras coletivas e consultas individuais; realizar testes gratuitos e anônimos, antes disponíveis apenas em bancos de sangue e laboratórios especializados; oferecer interpretação correta para os testes realizados, seguida de orientação sobre as medidas preventivas cabíveis e encaminhar os indivíduos soropositivos para o atendimento em serviços de atenção primária (BRASIL, 2012a).

Desde a implantação dos primeiros CTAs no Brasil em 1997, estes marcaram o compromisso do Programa Nacional de DST e aids com a promoção do acesso da população brasileira ao diagnóstico e à prevenção do HIV e das demais DSTs na rede pública de saúde. Num contexto de pouco conhecimento sobre a aids e de intenso preconceito contra as pessoas afetadas pela epidemia, esses serviços trouxeram inovações importantes para a prática dos serviços de saúde, como a possibilidade de realização da testagem de forma anônima e a instituição do aconselhamento como sua atividade central.

No início do ano de 2000, a ênfase nacional passou a ser a incorporação do teste anti-HIV na rede pública de saúde, com especial atenção para os serviços da Atenção Básica. No ano de 2003, foi criado o Programa Nacional de Hepatites Virais pelo Ministério da Saúde e os CTA passaram a ser estratégicos para ampliar o diagnóstico das hepatites B e C.

Atualmente, espera-se que os CTA possam oferecer a população os testes de diagnóstico de HIV, incluindo o teste Elisa e confirmatórios, sífilis e triagem sorológica para hepatites B e C. De acordo com diagnóstico situacional dos CTA do Brasil, publicado em 2008.

No Brasil inúmeros esforços têm acontecido através das políticas públicas para garantir leis e diversos incentivos do Governo Federal para que, amplifiquem o escopo legal, de modo a promover, na prática, a melhoria das condições de assistência à saúde das pessoas com HIV/aids, por meio de uma ampla rede, que sustentem e assegurem o exercício amplo do direito à saúde (VILLARINHO, 2013; SOUZA *et al.*, 2010).

O interesse em desenvolver um estudo de natureza histórica sobre o tema surgiu após a consultar a literatura científica brasileira especializada, e percebermos o reduzido número de publicações sobre o assunto. Constatamos a existência de estudos que abordam diversas questões relacionadas aos Centros de testagem e aconselhamento no Brasil, embora nenhum articule essa temática a um estudo histórico sobre o processo de criação dos CTA em Florianópolis e São José- Santa Catarina, demonstrando um vazio historiográfico. Para viabilizar esse estudo com ênfase na Nova História, utilizou-se como método de coleta de dados a História Oral, que nasceu como possibilidade de dar voz àqueles que participaram da história, enfatizando fatos que foram esquecidos e detalhes importantes, que devem permanecer para que a sociedade tenha acesso a informações que não podem ser esquecidas ao longo do tempo (MEIHY, 1998). Essa construção possibilita edificar a história profissional da enfermagem e saúde em Santa Catarina.

A investigação abrange o período de 1989 a 2011. O ano de 1989 corresponde ao início do atendimento do ambulatório de DST/aids no município de Florianópolis, e o recorte final 2011 refere-se ao surgimento da tecnologia do teste rápido em HIV/aids. Com a ocorrência dos primeiros casos na cidade, a estruturação da assistência ficou ao encargo do Hospital Nereu Ramos (HNR), especializado em doenças infectocontagiosas, que se tornou uma referência em aids no estado e passou a atender os casos do município, também por estar localizado em seu território. Em 1989, o Departamento Autônomo de Saúde Pública (DASP) estruturou o ambulatório de DST, que no decorrer da década de 1990 passou a atender casos de HIV/aids, sendo este municipalizado no ano de 1991. O recorte temporal 1989-2011 se refere ao início do atendimento do ambulatório de DST aids em Florianópolis e o recorte final está ligado ao surgimento da tecnologia de teste rápido em HIV/ aids , regulamentado pela portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009.

O estudo tem sua importância ditada pela inexistência de informações sobre a atuação das enfermeiras daquela época no processo de organização e implantação deste serviço em

solo catarinense. Este estudo contribuiu para dar visibilidade à profissão enfermagem nas políticas de DST/aids do Estado Catarinense e descrever todo o processo histórico da época.

Este estudo tem como objetivo historicizar o processo de organização e implantação desta política de ação em Florianópolis/SC e São Jose no período compreendido entre 1989 e 2011.

## **MÉTODO**

Pesquisa qualitativa, com abordagem sócio histórica, baseada na nova história (PADILHA *et al.*, 2017). O estudo teve como cenários o ambulatório de DST/aids de Florianópolis e São José- SC e os Centros de testagem e aconselhamento dos dois municípios. Para a coleta de dados, utilizou-se a história oral, por meio de entrevistas semiestruturadas.

A história oral é um “método de pesquisa histórica, antropológica e sociológica que privilegia a realização de entrevistas”, gerando, com seus resultados, fonte de consulta para outros estudos (ALBERTI, 2005, p.18). Foram realizadas entrevistas com oito enfermeiras, um médico, uma bioquímica, duas assistentes sociais que trabalharam nestes serviços no período do estudo. Os profissionais foram selecionados por terem atuado no planejamento, organização e assistência desta política de ação no período supracitado, e por terem disponibilidade para participar da pesquisa. Inicialmente, foi realizada uma entrevista com a Enfermeira Jane, primeira Enfermeira do ambulatório de DST/aids de Florianópolis e com a Enf Sabrina do ambulatório de DST/aids de São José- SC, por entender que elas teriam condições de indicar os demais participantes da pesquisa, sendo a entrevista zero para cada município. Além disso, foram realizadas buscas em documentos da época na secretária municipal de saúde de Florianópolis e São Jose- SC com a intenção de definir quem faria parte da investigação. Os dados foram coletados entre dezembro de 2016 e abril de 2017. Os entrevistados foram inicialmente contatados por telefone, quando foram agendadas as entrevistas em locais definidos pelos próprios participantes do estudo. As entrevistas tiveram duração média de 90 minutos e foram gravadas, transcritas, transcriadas e posteriormente validadas. Os dados foram analisados pelo método de Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 2009). Foram analisadas as transcrições das entrevistas, seguidas de leitura atenta, na qual foram extraídos os enunciados, conferindo-lhes uma sistematização provisória/codificação.

Após a análise dos dados emergiram duas categorias:

a) Os Centros de testagem e aconselhamento em Florianópolis e São José-SC: as condições de trabalho

b) A organização tecnológica do Centro de testagem e aconselhamento em Florianópolis e São José- SC

O estudo foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob CAAE: 60653416.2.0000.0121 e norteado pela Resolução CNS 466/2012 (publicada em 13/06/2013). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, por se tratar de pesquisa histórica, autorizaram a divulgação de suas imagens e seus nomes. As entrevistas foram validadas pelos entrevistados, que assinaram as cartas de cessão.

## RESULTADOS

### **Os Centros de testagem e aconselhamento em Florianópolis e São José-SC: as condições de trabalho**

A participação das enfermeiras na organização das condições de trabalho da enfermagem do CTA de Florianópolis e São José teve início com a identificação das bases estruturais necessárias para o funcionamento adequado deste serviço. Essas enfermeiras se preocupavam como seriam os atendimentos, como organizar o pré e o pós teste, como estruturar o espaço físico e quais seriam os equipamentos adequados, principalmente no sentido de propiciar um ambiente humano para a assistência ao paciente, à família e à própria equipe de saúde.

[...] o final dos anos 1980, quando o medo, os riscos e a vulnerabilidade da população diante da aids cresciam proporcionalmente ao seu desconhecimento sobre as formas de transmissão do HIV, o Ministério da Saúde, através da sua Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids, reiterando a sua convicção no poder da informação como primeira estratégia efetiva com vistas à prevenção da infecção, dava início à implantação, em nível Nacional, dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico, que ficaram conhecidos pelo nome de COAS (Sabrina, enfermeira CTA São José).

A partir de 1988 os COAS foram rebatizados de Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Estes serviços de apoio à prevenção ao HIV constituem uma experiência ímpar na implantação de ações de prevenção entre a população geral (Jane, enfermeira CTA de Florianópolis).

Desde a sua criação em 1988, o CTA serve como “porta de entrada” das questões psicossociais da epidemia do HIV/aids para grande parte dos cidadãos brasileiros, que buscam estes serviços para reduzir as dúvidas com relação ao diagnóstico da infecção pelo HIV [...] (Débora, assistente Social, CTA Florianópolis).

Para estruturar o serviço eu como coordenadora na época precisei pensar em tudo, recebíamos uma grande verba através das PACs: queríamos um serviço diferenciado, buscamos cada detalhe, desde o primeiro computador na época utilizando o programa DOS até a escolha das cores das paredes, tudo fomos nós que

escolhemos e escolhemos tudo o que havia de melhor na época [...] (Vanuza, CTA de Florianópolis).

Foi um período de vacas gordas, fazíamos os projetos e recebíamos a verba [...] (Vanuza CTA de Florianópolis).

Todo o pessoal do CTA na época foi treinado, todos que entraram lá receberam treinamento antes de começar a trabalhar; fomos para Porto Alegre e para o Rio de Janeiro que já tinham serviços estruturados, para buscar experiências iniciar um trabalho desta maneira foi muito bom, porque a gente teve o privilégio do serviço abrir somente depois de seis meses que havíamos sido chamadas no concurso, o serviço não abriu em seguida da seleção do pessoal. Nós escolhemos as vagas após o concurso, mas nem sabíamos o que significava o CTA. Foram quase seis meses de treinamento e preparo, até acontecer o primeiro atendimento (Monica, assistente social CTA de Florianópolis).

[...] O prazer do trabalho estava no entendimento do paciente sobre os cuidados e riscos com o HIV, na sensação do trabalho cumprido [...] nas orientações nos pré teste e nos pós teste[...] (Jane, enfermeira CTA de Florianópolis).

O paciente que vinha em busca do CTA criava um vínculo com a equipe de aconselhadore; acho que isso era muito prazeroso pois nos tornávamos referência para aquele paciente [...] (Dione enfermeira CTA de São José).

O CTA era o que havia de mais moderno em atendimento em HIV/aids [...] (Najila, enfermeira CTA de São José).

Na época um acordo de empréstimo celebrado entre o governo brasileiro e o Banco Mundial em 1994 permitiu aprofundar o progresso nas ações de prevenção e controle das DST/aids, dando origem ao Projeto Aids I. Este projeto, co-financiado com o Ministério da Saúde tinha dois enfoques principais: reduzir a incidência e transmissão do HIV/aids e fortalecer as instituições públicas e privadas que combatem a aids e doenças sexualmente transmissíveis (DST) e o ator principal estava o funcionamento ativo dos CTAS.

Nós enfermeiras conseguimos elaborar a divulgação do serviço através de cartazes, outdoors nos ônibus todos elaborados por nós mesmas, nós pensávamos e mandávamos um designer fazer [...] para que a população tivesse conhecimento do nosso serviço [...] (Mani enfermeira Florianópolis).

Tivemos um período que íamos nas empresas orientar [...] e fazer pré e pós teste [...] fomos em obras orientar os peões, em escolas secundarias orientar alunos [...] foi um período muito rico (Débora assistente social Florianópolis).

[...] montávamos cestas para distribuir mensalmente aos pacientes [...] colocávamos de tudo melado, até frango. Eles nunca queriam levar o frango, pois precisava ficar na geladeira. Queríamos montar uma cesta com todos os nutrientes necessários para

os pacientes que eram soro positivos [...] tudo financiado pelos nossos projetos e liberados através das PACS (Vanuza enfermeira CTA de Florianópolis).

Em 13 de agosto de 2007 foi inaugurada a Policlínica Municipal, consolidando de modo progressivo a oferta de serviços de média complexidade pela gestão municipal, respaldados tanto pela Programação Pactuada e Integrada (PPI) quanto pela própria adesão ao Pacto pela Saúde, iniciando o atendimento de diversas especialidades (Julio, medico, CTA de Florianópolis).

[...] em relação ao ambulatório, que era o serviço de referência existente na época, foi bem complicado, porque foi a nossa perda de identidade, ou medo da perda da identidade dentro da rede (Sandra Bioquímica, CTA de Florianópolis).

Dentre os fatores que promoveram essa modificação no panorama sobre os CTAs, destaca-se o avanço tecnológico farmacêutico, bem como o surgimento de novos medicamentos para o tratamento da aids; maior possibilidade de prevenção da transmissão vertical do HIV; o surgimento de outras infecções sexualmente transmissíveis tais como a hepatite B; o surgimento e consolidação do SUS, fundamentado na atenção primária e na descentralização da política de saúde (incluindo o componente direcionado ao controle e prevenção do HIV/aids). Além disso, com o aumento do número de casos e a dinâmica da epidemia, a infecção pelo HIV destaca urgência na promoção de estratégias para o diagnóstico e prevenção na população (MIRANDA-JUNIOR, 2014).

### **A organização tecnológica do Centro de testagem e aconselhamento em Florianópolis e São José- SC**

Na década de 1990, os CTA se tornaram referência para o acesso universal a testagem e aconselhamento em HIV/aids para a população geral.

[...] nós tínhamos como principais ações a oferta de testagem sorológica anti-HIV de forma confidencial e anônima, bem como a educação em saúde e aconselhamento para todas as pessoas que buscavam o serviço [...] (Sabrina, enfermeira CTA de São José).

Quando questionados sobre a estrutura física e o fluxo de atendimento os participantes ressaltavam que:

[...] a estrutura física foi instalada em locais de grande fluxo de pessoas a localização no estreito, na policlínica do centro em Florianópolis eram estratégias para que mais pessoas tivessem acesso ao serviço (Monica Assistente social CTA Florianópolis).

[...] nossa principal preocupação era que a unidade fosse fisicamente autônoma em relação a outras estruturas de saúde, sendo compostas por equipes próprias e multiprofissionais [...] (Vanuza Enfermeira CTA de Florianópolis).



Todos os participantes afirmavam que o acolhimento era sua principal tecnologia do cuidado. Como podemos observar na fala abaixo:

Dentre as tecnologias que utilizamos no CTA, podemos citar o acolhimento, que é feito desde o início lá em 1998 desde este período fazemos o acolhimento que no começo era realizado de forma coletiva e agora optamos por fazer individualmente, onde nós, enfermeiros, e as assistentes sociais conversamos com os usuários para entender melhor o seu problema e o que o trouxe até aqui [...] (Jane, Enfermeira CTA de Florianópolis).

[...] nos CTA vemos emergir a responsabilidade individual com a prevenção, ao mesmo tempo em que suas ações reforçam o compromisso coletivo e o ideal de solidariedade [...] (Sabrina, enfermeira CTA de São José).

As mudanças sinalizadas na década de 1990 não se tratam somente da introdução de novos antirretrovirais para o tratamento de pacientes soropositivos para o HIV, como também se estendeu para a forma de organização da rede de assistência, destacando principalmente o aconselhamento como sendo a principal tecnologia do cuidado.

## **DISCUSSÃO**

A atuação das enfermeiras no planejamento do espaço físico do CTA esteve presente ao longo da história da enfermagem moderna a partir de Florence Nightingale. Essa enfermeira propôs mudanças significativas em relação aos leitos dos pacientes, lavanderia, cozinha e limpeza das unidades durante sua assistência de enfermagem na Guerra da Criméia. Tais mudanças interferiram no índice de mortalidade dos soldados enfermos, que caiu de 40% para 2%. Essa iniciativa também melhorou as condições de trabalho da enfermagem, à época (PADILHA; BORENSTEIN, 2011). A participação das enfermeiras como parte integrante da equipe multidisciplinar no momento da estruturação física dos Centros de testagem e aconselhamento nos municípios de referência em Santa Catarina foi fundamental para que o serviço tivesse êxito.

A Educação Continuada é um processo de capacitação e motivação pessoal e profissional que objetiva construir indivíduos críticos, reflexivos e criativos, com postura e ética profissional (BACKES *et al.*, 2002).

Essa construção através do conhecimento, dos treinamentos, da educação continuada e de novas experiências colaborou expressivamente na capacitação profissional da equipe, preparando-as para avaliar, orientar, ouvir e decidir as condutas mais adequadas, com base em

evidências científicas fortalecendo e desenvolvendo o trabalho em equipe, fortalecendo ainda as escolhas nas tomadas de decisão e instrumentalizando seu trabalho.

Percebe-se que no CTA as enfermeiras utilizavam seus saberes e fazeres influenciando diretamente as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem e da própria equipe multidisciplinar, melhorando no cuidado ao paciente e o acesso ao serviço de saúde. A educação continuada desenvolveu nos profissionais da equipe multidisciplinar do CTA novos conhecimentos, habilidades e atitudes. Foram necessárias mudanças de paradigmas e conflitos pessoais. Foi necessário se despir de valores pessoais. No CTA de Florianópolis e São José este processo de ensino-aprendizagem foi muito importante, pois qualificou a forma de cuidar em HIV/aids, colaborando para o sucesso CTA.

Os depoentes, sem exceção, reiteraram falas que refletem as ótimas condições de trabalho e de atendimento oferecidas aos pacientes nos CTAS de Florianópolis e São José.

Na pesquisa de Grangeiro e colaboradores (2009) sobre a Avaliação do perfil tecnológico dos centros de testagem e aconselhamento para HIV no Brasil ele diz que os centros de testagem e aconselhamento constituem um conjunto de serviços heterogêneos e as diretrizes que nortearam a implantação dos serviços no Brasil não estão plenamente incorporadas, influenciando nos baixos indicadores de resolubilidade e produtividade e no desenvolvimento insuficiente de ação de prevenção, não sendo está a realidade avaliada pelos depoentes.

Constatamos que a realidade da equipe multidisciplinar que atuava no processo de organização e implantação do CTA era diferente do estudo citado os entrevistados elogiavam suas condições de trabalho e mostravam-se orgulhoso por implementar um serviço de excelente qualidade e se mostravam felizes por fazerem parte da estrutura CTA, afirmando que para uma assistência de qualidade não lhes faltava nada.

As tecnologias facilitam os processos gerenciais e as ações práticas em enfermagem e saúde, e assim, são utilizadas em benefício do cuidado (BAGGIO; ERDMANN; DAL SASSO, 2010). O emprego de tecnologias na enfermagem consiste em usar alternativas criativas com o objetivo de superar as dificuldades e garantir a qualidade do cuidado (TONERA; MEIRELES, 2015, KOERICH *et al.*, 2006).

De acordo com Merhy (2002), as tecnologias são classificadas em leves, que são as tecnologias de relações (produção de vínculo e das relações, autonomização, acolhimento, gestão de processos de trabalho); leve-duras, como no caso dos saberes bem estruturados, que operam no trabalho em saúde (como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiológica) e duras, como uso de equipamentos tecnológicos, máquinas, normas, estruturas organizacionais.

Pode-se considerar que tecnologias do cuidado em enfermagem são “todas as técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo enfermeiro no cuidado” (NIETSCHE; LEOPARDI, 2000, p.140). As tecnologias leves são importantes ferramentas de gerenciamento utilizadas pelo enfermeiro na busca da qualidade do cuidado prestado aos pacientes, pois estabelecem momentos de interrelação entre equipe e pacientes. E permitem a real possibilidade de reconhecimento e satisfação das necessidades dos indivíduos, contribuindo para a concretização e sustentação de um modelo de assistência que contemple um cuidado humanizado (ARAÚJO *et al.*, 2017; MERHY, 2002).

Na enfermagem, as tecnologias leves integram o ato de cuidar em si, relacionadas às interações com o paciente, expressadas interpessoalmente. Nessa concepção, é normal e recíproco que enfermeira e paciente sejam afetados mutuamente, pois estão presentes os sentimentos, as emoções, crenças, valores de ambos os sujeitos, aprendendo, assim, um com o outro (BAGGIO; ERDMANN; DAL SASSO, 2010).

Ampliar o olhar e a escuta através das tecnologias do cuidado possibilitam às enfermeiras compreenderem o processo saúde-doença nos casos de HIV/aids. Nos depoimentos pode-se observar o que as enfermeiras consideravam como tecnologias do cuidado em enfermagem a escuta ativa, as atitudes éticas e humanas, e os encaminhamentos técnicos no cuidado com os pré e pós teste em HIV/aids.

As tecnologias do cuidado em saúde dizem respeito a tudo o que é utilizado como instrumento para levar cuidado a outras pessoas e, dessa forma, o próprio profissional pode ser considerado tecnologia em suas interações. O conjunto de conhecimentos que o profissional detém, a maneira como ele interage com o usuário e as estratégias utilizadas na operacionalização do cuidado constituem-se tecnologias do cuidado em saúde (ARAÚJO *et al.*, 2017). Quando usada em favor da saúde, a inovação tecnológica contribui diretamente com qualidade, eficácia, efetividade e segurança do cuidado, ou seja, quando utilizada de maneira adequada cria condições que contribuem para um viver saudável entre os indivíduos.

Os avanços tecnológicos também ocorreram na área da saúde, com a introdução da informática e do aparecimento de aparelhos modernos e sofisticados que trouxeram muitos benefícios e rapidez na luta contra as doenças. Essa tecnologia moderna, criada pelo homem a serviço do homem, tem contribuído em larga escala para a solução de problemas antes insolúveis e que pode reverter em melhores condições de vida e saúde para o paciente. As enfermeiras devem utilizar dos recursos necessários para melhorar a assistência de enfermagem bem como humanizar o cuidado (ARAÚJO *et al.*, 2017, BAGGIO; ERDMANN; DAL SASSO, 2010)).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu, por meio da Nova História, descrever os saberes e fazeres das enfermeiras e da equipe multidisciplinar nos centros de testagem e aconselhamento que compõe o estudo e assim dar visibilidade a essa atuação num contexto histórico.

Os depoentes nostalgicamente demonstraram que as relações sociais, as práticas assistenciais e administrativas estabelecidas no Centro de testagem e aconselhamento de Florianópolis e São José- SC foram muito importantes para o desenvolvimento profissional de cada um, foi possível observar o empoderamento das enfermeiras ao organizar o serviço e a preocupação em estar de acordo com tudo o que as políticas de saúde preconizavam ao paciente com HIV/aids. Falaram com orgulho de seu trabalho, se esmeraram na descrição de suas atividades, falaram de suas primeiras experiências com o aconselhamento, com os testes e com os primeiros resultados positivos. Demonstraram a importância do aconselhamento e destacaram esta atividade como principal tecnologia do cuidado. O orgulho em organizar um serviço modelo, diferenciado e de qualidade para atender o paciente com HIV/aids fez com que esses profissionais desempenhassem importante papel na história da enfermagem catarinense.

Conclui-se que as enfermeiras do CTA de Florianópolis e São José desenvolveram atividades de grande importância no processo de organização e implantação do CTA, sempre respeitando e cumprindo as políticas públicas de saúde, buscando sempre trabalhar dentro das diretrizes estabelecidas pelo SUS em especial as aplicadas ao CTA e ao paciente com HIV/aids. Conclui-se também a qualidade do cuidado no HIV aids contempla também as inovações tecnológicas adotadas, que somente serão possíveis através do empenho dos profissionais de saúde em especial as enfermeiras e da busca por aprimoramento contínuo de toda a equipe de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. **Manual de História Oral**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

ARAÚJO, W.J. *et al.* Percepção de enfermeiros executores de teste rápido em Unidades Básicas de Saúde. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 676-681, 2018.

BACKES, V. M. *et al.* Continuing education of graduate students: a commitment of the university?. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 55, n. 2, p. 200- 204, 2002.

BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A.L.; DAL SASSO, G.T.M. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 378-385, Abr/Jun, 2010.

COLAÇO, A.D. *et al.* O cuidado à pessoa que vive com HIV/AIDS na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 28, e20170339, 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0339>

GRANGEIRO, A. *et al.* Perfil da aids no Brasil e desigualdades. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p.2355-2367, dez. 2010.

KOERICH, M. S *et al.* Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. esp., p. 178-185, 2006.

MERHY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

MALISKA, I.C.A. *et al.* Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/aids. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 85-91, mar. 2009.

NIETSCHKE, E. A.; LEOPARDI, M. T. O saber da enfermagem como tecnologia: a produção de enfermeiros brasileiros. **Texto Contexto Enferm**, v. 9, n. 1, p. 129-52, jan./abr. 2000.

PADILHA, M.I.C.S. *et al.* O uso das fontes na condução da pesquisa histórica. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 4, e2760017, 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002760017>.

SZWARCWALD, C.L.; CASTILHO, EA. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, suppl. 1, p. 4-5, 2011.

SOUZA, B. *et al.* A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. **JMPHC**, v. 1, n. 1, p. 23-62, dez. 2010. Disponível em: <http://jmphc.com.br/jmphc/article/view/90>. Acesso em: 5 ago. 2019.

TONNERA, L.C.J.; MEIRELLES, B.H.S. Potentialities and weaknesses in the care network of people with HIV/AIDS. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 68, n. 3, p. 379-385, 2015. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680309i>

VILLARINHO, M.V. *et al.* Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 271-277, apr. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200018>. Acesso em: 30 ago. 2019.

### 5.3 MANUSCRITO 3 – REFLEXÕES SOBRE A ATUAÇÃO DAS ENFERMEIRAS NOS CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO

#### RESUMO

As ISTs estão em um mundo que está prejudicando a saúde pública em todo o mundo. Entre as doenças, podemos citar o HIV/aids, a sífilis, como as hepatites virais B e C, que apresentam alta taxa de prevalência, com alta taxa de mortalidade e morbidade. A recepção nas ações de cuidado, nos serviços de saúde, com o objetivo de obter mais informações médico-sanitárias, foi lançada nos Centros de Testagem e Aconselhamento. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura qualitativa descritiva, que aborda aspectos relacionados à importância dos enfermeiros nos Centros de Testagem e Aconselhamento, com 34 artigos utilizados para compor uma produção deste trabalho. O aconselhamento é organizado por um conjunto de medidas que buscam auxiliar na condução do cotidiano dos pacientes. O objetivo é uma relação dialógica entre os usuários e os profissionais do serviço e sinalizar a existência de um jogo entre as necessidades democraticamente contempladas e os meios tecnológicos de atuação. Além disso, o enfermeiro realiza o primeiro e após o teste. O trabalho de assistência e assistência de enfermagem a carreira, a orientação e o programa de prática estava em atenção, sendo uma abordagem profissional, cognitiva atenta e psicossocial. Assim, é necessário expandir os testes rápidos para que as informações sejam coletadas, monitoradas, tratadas e prevenidas.

**Palavras-chave:** Assistência à saúde. Enfermagem. Infecções sexualmente transmissíveis. Centro de Testagem e Aconselhamento.

#### INTRODUÇÃO

Com o avanço das políticas públicas em relação ao HIV/aids no Brasil, devido à crescente necessidade de respostas frente a epidemia que o país vivenciou, essas políticas foram caracterizadas por fases diferentes, considerando o desenvolvimento científico à doença, bem como da participação de diferentes segmentos sociais e institucionais na organização das estratégias para conter os surtos tanto de HIV quanto de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) (PARKER, 1997; ROCHA, 2003).

As IST'S são consideradas um sério agravo à saúde pública em todo mundo. Dentre as doenças, pode-se citar o HIV/aids, sífilis as Hepatites virais B e C, os quais apresentam um elevado índice de prevalência na sociedade, com alta taxa de mortalidade e morbidade. No que se refere ao HIV/aids, dentre as pessoas infectadas, cerca de 80% tem o conhecimento da positividade, os outros 20% não realizaram o diagnóstico, causando um risco maior de contaminação de outras pessoas. O maior índice de infecção da doença é de homens que fazem sexo com homens (HSH), com índices de 14,2% (MARTINS *et al.*, 2014).

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que a cada, cerca de 937.000 pessoas sejam contaminadas pela Sífilis, doença causada pela bactéria *Treponema pallidum*, transmitida por relação sexual sem camisinha com uma pessoa infectada, ou através

da transmissão vertical durante a gestação ou parto. É uma doença que apresenta tratamento e cura, no entanto, se o diagnóstico for realizado de forma tardia, os riscos de morbidade e mortalidade se elevam (BRASIL, 2018).

No que se refere à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), trata-se de uma doença infecciosa que atinge milhões de pessoas no mundo inteiro. Estudos afirmam que, aproximadamente, 40 milhões de pessoas foram infectadas, sendo que 20 milhões já morreram desde o início da epidemia. Com a evolução do tratamento, a sobrevivência dos pacientes aumentou e a aids passou a ser considerada uma doença crônica (ALMEIDA, 2017).

Levantamentos epidemiológicos demonstram que a maior concentração dos casos de aids no Brasil foi observada nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos, em ambos os sexos. Os casos nessa faixa etária correspondem a 52,6% dos casos do sexo masculino e, entre as mulheres, a 48,7% do total de casos registrados de 1980 a junho de 2018 (BRASIL, 2018).

Diante deste cenário, houve a necessidade de implantações de medidas que atendessem os indivíduos, cujo resultado para IST's fosse positivo, tanto na atenção primária, quanto na atenção básica. Com a elaboração e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a perspectiva se baseava no fortalecimento do acompanhamento da saúde da população adstrita, na prevenção e controle da infecção por HIV, sífilis e hepatites virais B e C. Em vista disso, necessitava-se de diagnóstico rápido e preciso e um aconselhamento pré e pós-teste de forma integral e resolutive (BRASIL, 2013).

O estímulo à realização da testagem para essas enfermidades tem sido considerado uma das estratégias para prevenção da transmissão da doença e diminuição da morbidade e mortalidade (ARAÚJO, 2018). Esse contexto possibilita o diagnóstico precoce e início do tratamento em tempo oportuno.

Considerando os elevados números de casos de infecção, o Ministério da Saúde recomenda a realização dos testes rápidos para anti-HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, com aconselhamento e com consentimento do indivíduo. Em casos de gestantes também é importante realizar a testagem, auxilia na prevenção da transmissão vertical para o recém-nascido. Quando a testagem não é realizada, durante o pré-natal, a mesma deve ocorrer, no momento do parto, por meio do teste rápido (BRASIL, 2018).

O acolhimento nas ações de cuidado, nos serviços de saúde, vem ganhando importância âmbito médico-sanitário. Essa área está intimamente ligada à comunicação com o paciente. Sendo assim, o acolhimento, tão necessário seja no pré ou pós testagem, pode ser por meio de um simples olhar explicativo, de um toque ou até, desde que eticamente possível,

da sua inclusão nas questões que estão sendo socializadas pelos profissionais que desenvolvem o processo de cuidado (MARTINS *et al.*, 2014).

Não somente, durante o atendimento, os profissionais da saúde precisam tentar compreender o que a pessoa com testagem de IST's positivo sentem, procurando ajudá-la em suas necessidades, principalmente, quando relacionam a aids. Mesmo que tenha ocorrido a evolução no tratamento da aids, “que aumentou a sobrevida do paciente e a transformou em uma doença crônica, nas representações populares a associação entre aids e morte é muito presente” (ROCHA, 2003).

Foi na década de 1980, quando surgem os primeiros testes para o diagnóstico do HIV, o Brasil inicia a organização de uma rede de serviços denominada Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), a fim de promover, anônima e voluntariamente, o acesso da população às informações sobre a doença, aos insumos de prevenção e aos serviços da aids. Esta rede de serviços objetivava também aumentar a segurança do sangue transfundido, atendendo indivíduos que buscavam bancos de sangue para realizar o teste anti-HIV (GRANGUEIRO *et al.*, 2009).

A implantação dos CTA no Brasil ocorreu em 1988, por meio do MS pelo Programa Nacional de DST/aids, como estratégia de referência para conter o avanço da disseminação do vírus. São considerados serviços de saúde especializados no diagnóstico e aconselhamento sobre transmissão e prevenção do HIV e permitem, dessa forma, conhecer precocemente aspectos epidemiológicos e comportamentais dos indivíduos infectados, antes mesmo que preencham os critérios para sua notificação como casos doentes. Epidemiologicamente, as informações produzidas por estes serviços de testagem sorológica são muito importantes, pois asseguram a elaboração de estratégias preventivas mais eficazes, além de permitir uma melhor organização de planejamento e atividades assistenciais (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001; BRASIL, 2010; SILVA, 2011).

Dessa maneira, a função dos CTA no Brasil é de ofertar testes sorológicos anti- HIV e outros para a detecção de hepatites virais e sífilis, acompanhada de aconselhamento pré e pós-exame. A gratuidade, voluntariedade e confidencialidades são características fundamentais desses serviços (COSTA *et al.*, 2009). Além disso, as práticas e ações de aconselhamento realizadas no âmbito dos CTA (aconselhamento coletivo pré-teste e aconselhamento individual pós-teste) objetivam que o indivíduo passe a integrar, na sua experiência pessoal, as informações sobre HIV/aids e prevenção, e que encontre alternativas pessoais para o enfrentamento das questões propostas pela epidemia (MALISKA *et al.*, 2009; FORMOZO; OLIVEIRA, 2010).



A prática do aconselhamento pode acontecer em qualquer âmbito em que os profissionais estejam inseridos, seja no âmbito da Estratégia de Saúde da família (PSF), nos ambulatoriais, nos CTA ou até mesmo em hospitais (GRANGUEIRO *et al.*, 2009).

Devido ao princípio que rege o CTA, tornou-se necessário o desenvolvimento de novas técnicas, mais práticas e rápidas para compor a detecção dessas IST's. Foram desenvolvidos os testes rápidos, com base da imunocromatografia, são testes de testagem que realizam a detecção dessas doenças em um curto período de tempo, com apenas uma gota de sangue, além de apresentar metodologia simples e de baixo custo, possibilitando um maior número de pessoas realizarem o teste (BRASIL, 2017).

Mediante a isto, as equipes de saúde responsáveis pelo CTA, principalmente no que se refere ao profissional de enfermagem, exercem função primordial em assegurar à população acesso a uma atenção à saúde de qualidade. O papel do enfermeiro frente a testagem rápida contribui significativamente para o conhecimento precoce de possíveis diagnóstico das IST'S (JAPOLLA *et al.*, 2015).

É importante ressaltar que o aconselhamento pode ser realizado por vários profissionais da área da saúde, devidamente capacitados, incluindo também o enfermeiro (GRANGUEIRO *et al.*, 2009). Além disso, o enfermeiro quando atuando em um CTA, apresenta capacidade de aconselhamento, em dar suporte em saúde ao indivíduo e familiares, facilitar a mudança de comportamento em situações de risco de portadores e não portadores do HIV é de suma importância que este profissional esteja atuando em um Centro de Testagem e Aconselhamento (MATTOS, 1999).

Os desafios enfrentados pela equipe dos CTA são muitos, sendo necessária a realização de uma atenção diferenciada que elimine as dificuldades e limitações para o diálogo sobre as experiências sexuais e sua correlação com a oferta do serviço. Deve-se haver um cuidado quando se tratam de aspectos relacionados à sexualidade, às IST's, álcool e outras drogas, visto que ocorre exposição do sujeito a sérios agravos por relaxarem com relação à prevenção (ARAÚJO, 2018; BRASIL, 2017).

Dessa forma, uma das ações mais importantes que o enfermeiro pode exercer na testagem é o aconselhamento em seus momentos distintos: pré e pós-testagem. O profissional de enfermagem capacitado e sensível torna o aconselhamento um processo de escuta ativo, gerando relação de confiança com a mãe, minimizando dilemas e estressores decorrentes do resultado. A qualidade desse processo permite ao profissional avaliar situações de exposição ao risco de infecção pelo HIV e outras DST (para a mulher ou seu parceiro); e, para a mulher,

é uma oportunidade de se preparar para receber o diagnóstico de HIV ou para a adoção das medidas de prevenção dessa infecção e de outras IST's (SILVA *et al.*, 2011).

Em vista disso, este trabalho tem como objetivo analisar a atuação do profissional enfermeiro nos Centros de Testagem e Aconselhamento e identificar as principais atividades exercidas e as implicações na sociedade.

## **METODOLOGIA**

### **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo de revisão da literatura de caráter qualitativo descritivo, no qual abordou os aspectos relacionados à atuação e importância do enfermeiro nos Centros de Testagem e Aconselhamento.

A natureza do estudo desenvolvido segue os preceitos do estudo exploratório, por meio de uma revisão de bibliografia, na qual, segundo Gilberto (2008), é desenvolvida a partir de estudos e materiais já elaborados, tais como livros e artigos científicos.

No que se refere à revisão integrativa da literatura, é um tipo de estudo considerado essencial para a prática baseada em evidências (PBE), apresentando um elevado potencial de construção do conhecimento, tendo como objetivo proporcionar uma síntese das informações obtidas nos estudos pesquisados, havendo uma melhor aplicabilidade dos mesmos, melhorando a compreensão do tema (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019).

Essa metodologia estabelece alguns critérios acerca da coleta de dados, critérios de inclusão e exclusão, análise e apresentação dos resultados do estudo. Para este trabalho de revisão integrativa, utilizamos os critérios estabelecidos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019).

#### **1. Identificação do tema ou formulação da questão norteadora**

Para o presente estudo, criou-se a seguinte questão norteadora: “Qual a importância e a função do enfermeiro nos cuidados em Centros de Testagem e Aconselhamento?”

#### **2. Busca na Literatura**

Foram utilizados trabalhos publicados no idioma de inglês, português e espanhol das bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed.

A escolha dessas bases de dados foi devido ao número elevado de publicações quantitativo de artigos da área da saúde e nas temáticas relacionadas à enfermagem. Houve

combinação de diferentes formas em relação aos descritores, a fim de ampliar a busca de estudos, consideradas as variações terminológicas e os sinônimos.

MEDLINE	SCOPUS	LILAC	CINAHL	WEB OF CIENCE
34	12	16	00	03

Foram utilizados os seguintes descritores na busca: Testagem, Testes Sorológicos, Aconselhamento Sexual, aids, HIV, Prevenção, Enfermagem em Saúde para a coleta de dados foi utilizado por base as seguintes combinações de descritores: *HIV counseling and HIV testing; testing for HIV; counseling for HIV; aids, HIV and test*. Para filtrar os artigos achados, ocorreu a realização da leitura dos respectivos títulos e resumos e nestes devem constar/mencionar aspectos relacionados ao tema. Estes artigos foram lidos na íntegra, a fim de finalizar o processo de seleção baseado nos objetivos deste estudo: atuação do profissional enfermeiro nos Centros de Testagem e Aconselhamento.

Além disso, a coleta de dados seguiu os seguintes passos:

- ❖ Leitura exploratória: em todo o material selecionado foi feita uma leitura rápida que tem como objetivo identificar se a obra consultada apresenta a temática do trabalho);
- ❖ Leitura Seletiva (leitura mais aprofundada das partes que abordam a temática);
- ❖ Registro das informações: é referente as informações extraídas dos estudos, fonte e instrumento específico (autores, ano, métodos, resultados e conclusões).

### 3. Critérios de inclusão e exclusão

Como critério de inclusão, foram incluídos artigos do período de 1988 a 2019 que continham em seus títulos e resumos referentes ao tema deste trabalho; apenas foram aceitos os artigos/livros que antecedessem esse período, uma vez que se tratasse de material de grande relevância ao assunto.

Como critério de exclusão, foram eliminados artigos que antecedem o período selecionado ou que não possuíam conteúdo condizente com o tema proposto para este trabalho.

### 4. Análise e interpretação dos resultados

Os artigos foram classificados e os resultados encontrados foram posteriormente sintetizados, considerando a similaridade de conteúdo.

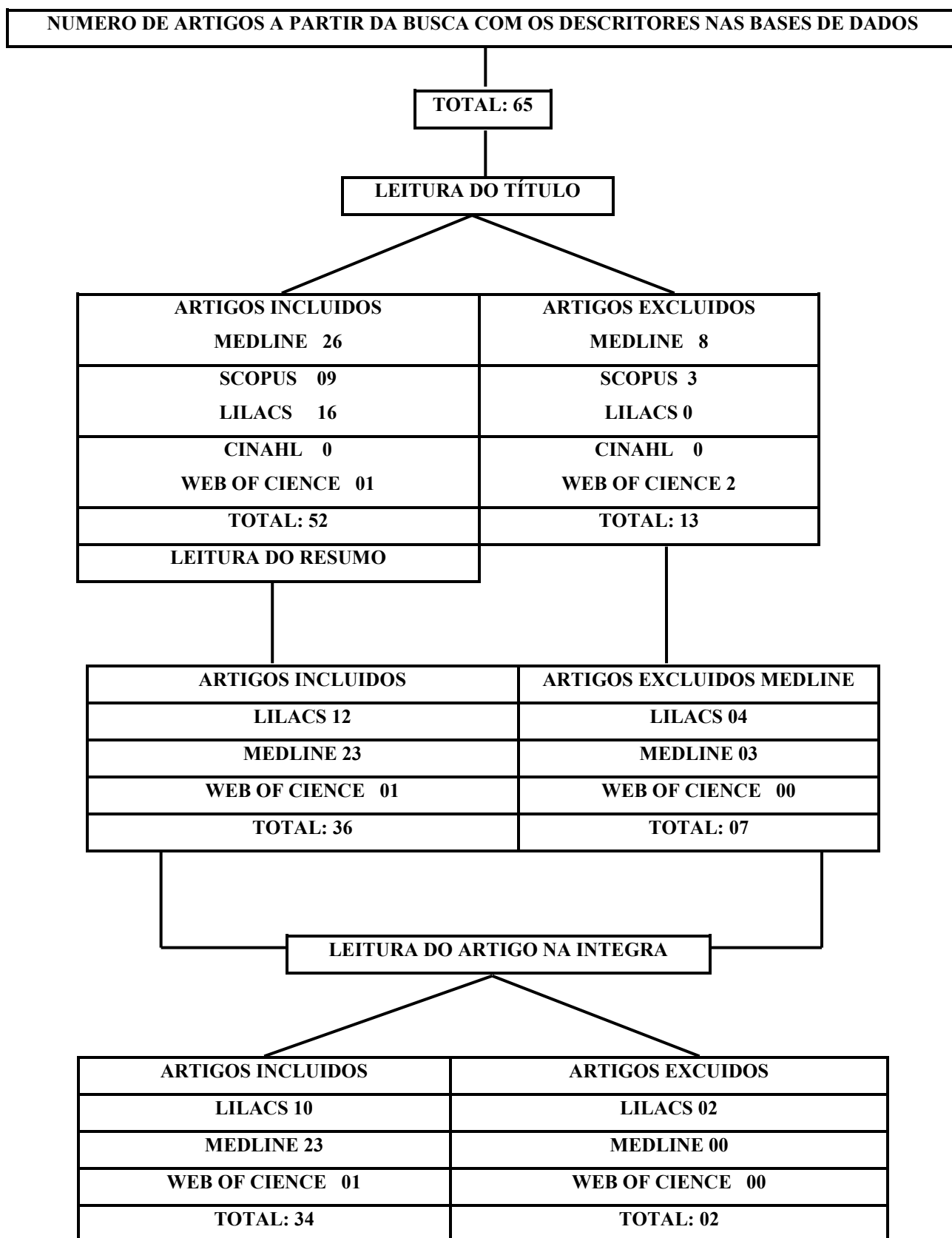
Foram realizadas análises dos estudos selecionados, obtendo como base a questão norteadora da referida revisão integrativa de literatura. Buscou-se estabelecer ideias

semelhantes e diferentes entre os artigos para auxiliar na produção dos resultados e discussão do trabalho.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A busca dos artigos foi realizada por meio de descritores citados na sessão de Metodologia. A primeira seleção foi realizada por meio da leitura dos resumos dos artigos, totalizando 65 trabalhos. Em seguida, os mesmos que se enquadravam no tema proposto, foram lidos o resumo – 36 artigos. E, por fim, foram utilizados para a produção deste trabalho, 34 artigos que apresentaram conteúdos condizentes com o tema proposto.

Figura 10 – Estratégia de busca dos estudos para a revisão de literatura, Florianópolis, 2019



A figura 10 demonstra os periódicos utilizados neste estudo, sua quantidade e a relação percentual. É importante ressaltar que 2 (20,6%) monografias foram utilizadas neste

estudo, pois apresentavam um conteúdo teórico muito rico em informações que foram relevantes à produção deste estudo de revisão sistemática da literatura.

Quadro 4 – Relação dos periódicos selecionados segundo a quantidade e o percentual, Florianópolis, 2019.

<b>Periódico</b>	<b>Quantidade (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>Revista Brasileira de Enfermagem</b>	<b>3</b>	<b>8,8</b>
<b>Esc Anna Nery Rev Enfermagem</b>	<b>5</b>	<b>14,7</b>
<b>Rev. Esc. Enf. USP</b>	<b>1</b>	<b>2,9</b>
<b>Acta Paul Enferm</b>	<b>2</b>	<b>5,9</b>
<b>Psicologia Política</b>	<b>1</b>	<b>2,9</b>
<b>Revista Aquichan</b>	<b>1</b>	<b>2,9</b>
<b>Revista de Saúde Coletiva</b>	<b>1</b>	<b>5,9</b>
<b>Caderno de Saúde Pública</b>	<b>2</b>	<b>20,6</b>
<b>AIDS Education and Prevention</b>	<b>2</b>	<b>20,6</b>
<b>Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical</b>	<b>1</b>	<b>2,9</b>
<b>Revista Raízes e Resumos</b>	<b>1</b>	<b>2,9</b>
<b>Revista Eletrônica de Enfermagem</b>	<b>1</b>	<b>2,9</b>
<b>Revista SANARE</b>	<b>1</b>	<b>2,9</b>
<b>Index de enfermagem</b>	<b>1</b>	<b>2,9</b>
<b>Enciclopédia Biosfera</b>	<b>1</b>	<b>2,9</b>
<b>Revista Gaúcha de Enfermagem</b>	<b>1</b>	<b>2,9</b>
<b>Revista de fisioterapia e saúde funcional</b>	<b>1</b>	<b>2,9</b>
<b>Texto &amp; Contexto de Enfermagem</b>	<b>1</b>	<b>2,9</b>
<b>Cogitare Enfermagem</b>	<b>1</b>	<b>2,9</b>
<b>Interface- Comunic., Saúde, Educ</b>	<b>1</b>	<b>2,9</b>
<b>African Journal of aids Research, Grahamstown</b>	<b>1</b>	<b>2,9</b>
<b>Journal of Adolescent Health</b>	<b>1</b>	<b>2,9</b>
<b>Social Science and Medicine</b>	<b>1</b>	<b>2,9</b>
<b>Revista latino-americana de Enfermagem</b>	<b>1</b>	<b>2,9</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação ao período de publicação dos trabalhos selecionados, levaram-se em consideração os critérios propostos e todos os artigos se encontravam no período entre 1988 a

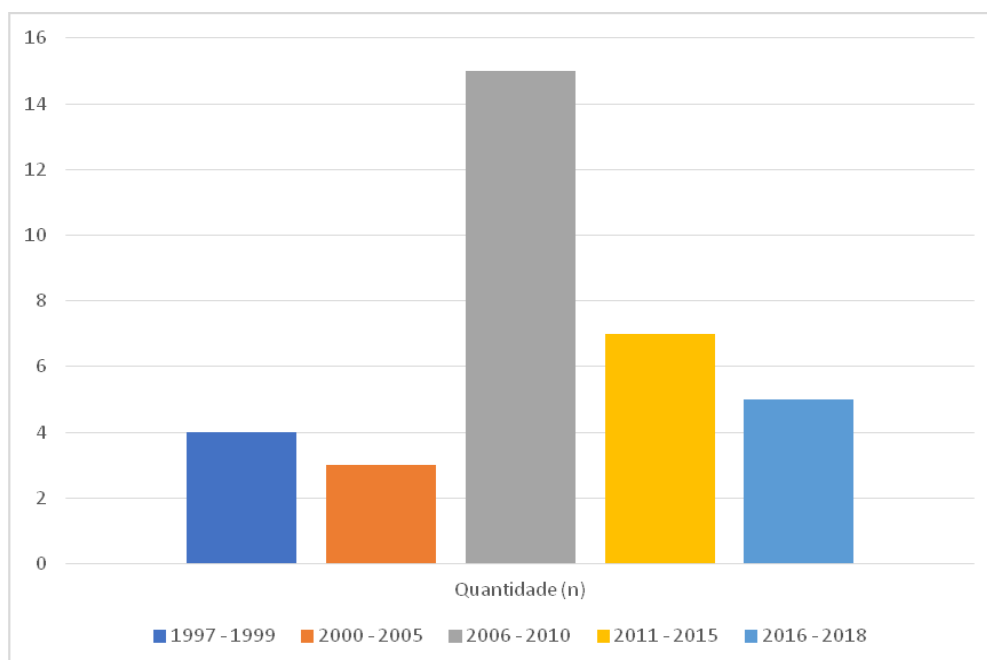
2019. O quadro 5 e o gráfico 1, demonstram a relação do ano e publicação dos referidos trabalhos utilizados com a sua quantidade e percentual.

Quadro 5 – Relação entre o ano de publicação com a quantidade de trabalhos e sua porcentagem, Florianópolis, 2019.

Ano de publicação	Quantidade (n)	Percentual (%)
1997 - 1999	4	11,7
2000 - 2005	3	8,8
2006 - 2010	15	44,1
2011 - 2015	7	20,6
2016 - 2018	5	14,8
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Gráfico 1 - Relação Período de Publicação e Quantidade de Artigos no Estudo, Florianópolis, 2019.



Fonte: Elaborado pela autora.

Outro resultado encontrado neste estudo foi a correlação entre os assuntos abordados dentre os artigos. Pode-se perceber que 44,1% apresentaram temática envolvendo uma abordagem geral sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis. O quadro 6 demonstra a relação da temática abordada nos artigos com sua quantidade utilizada nesse estudo.

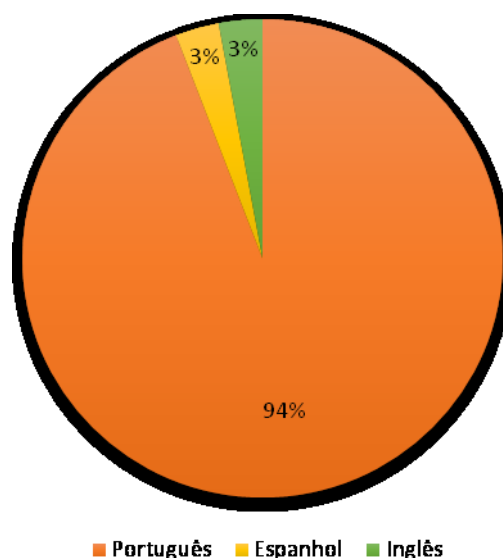
Quadro 6 – Relação entre temática abordada e quantidade dos artigos do estudo, Florianópolis, 2019.

<b>Temática abordada</b>	<b>Quantidade (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
Infecções Sexualmente Transmissíveis	15	44,1
Enfermagem na Assistência à Saúde	10	29,4
Centro de Testagem e Aconselhamento	7	20,5
Direitos humanos	2	6,00
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação aos idiomas, dos 34 artigos utilizados, cerca de 90% são de idioma português, 3% em inglês e 3% em espanhol (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Idiomas dos artigos utilizados no trabalho, Florianópolis, 2019.



Fonte: Elaborado pela autora.

A temática deste trabalho apresenta grande relevância e importância no que se refere à assistência básica e serviços de aconselhamento em postos de testagem para IST's. Observou-se que, muitos estudos estão voltados para a importância dos CTA, bem como, a atuação do



profissional enfermeiro. Uma vez que, é este que atua na dinamização dos serviços, apresenta um contato direto com o paciente, antes e depois do teste rápido são os enfermeiros que explicam, orientam e também aconselham o encaminhamento para o centro especializado, em casos positivos.

### **Assistencialismo em casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis**

O Ministério da Saúde lançou, em 1994, o programa Saúde da Família (atual Estratégia Saúde da Família - ESF) como uma estratégia alternativa impulsionadora da reorganização do modelo de atenção à saúde, a partir das atividades da Atenção Básica, tendo sido apontada como uma solução para a implementação dos princípios do SUS nesse novo cenário (RODRIGUES *et al.*, 2011).

Trata-se de um programa voltado ao atendimento individualizado, no qual disponibiliza uma equipe multiprofissional da área da saúde, devendo conter: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde, podendo ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal. Cada equipe deve ser responsável por até 4.000 pessoas, cadastradas no programa (SOLLA, 2005; BRASIL, 2018).

A ESF foi estruturada de forma a estar preparada para identificar agravos à saúde da população atendida, entre os quais já constituem problema de Saúde Pública, como é o caso das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's). Embora a prevenção das IST's não esteja, explicitamente, estabelecida na Política Nacional de Atenção Básica, bem como uma prioridade, a implantação de atividades de prevenção a elas na rede de atenção básica do SUS é um componente prioritário da política brasileira de controle desses agravos, constado em documentos referenciais do Programa Nacional de IST's e aids (PN IST/AIDS) (FERRAZ; NEMEZ, 2009).

Dentre as doenças que causam grandes impactos na economia e na saúde pública, seja em países emergentes quanto desenvolvidos, estão IST's, que são infecções causadas por diversos microrganismos cuja transmissão se dá por contato sexual (FERRAZ; NEMEZ, 2009; RODRIGUES *et al.*, 2011).

Ayres e colaboradores (1999) aplicaram um conceito sobre vulnerabilidade para melhor entender as práticas de saúde como práticas sociais e históricas, que necessitam do trabalho com diferentes setores da sociedade. Na área da saúde, compreender a

vulnerabilidade de cada pessoa significa conhecer as condições que podem deixá-las em situação de fragilidade e expô-las ao adoecimento.

No que diz respeito às IST's, podem ser consideradas condições que fragilizam ou tornam a pessoa vulnerável ao adoecimento, visto que abrangem os seguintes fatores:

- A. Um conjunto de aspectos de sua vida particular e coletiva;
- B. Fatores socioambientais que rodeiam o indivíduo e;
- C. Respostas que as instituições público-sociais podem dar às suas necessidades em saúde.

O não reconhecimento da importância da realização de consultas e exames rotineiros contribui para a negligência para com as doenças dessa natureza. A sífilis, por exemplo, pode permanecer até 20 anos latente no organismo de um indivíduo até que passe a provocar, por exemplo, problemas a nível de Sistema Nervoso Central (neurosífilis).

A deficiente educação sexual também contribui para o agravamento da incidência de IST's, visto que a consciência acerca do uso de preservativos e do conhecimento do estado de saúde do parceiro acabam não sendo motivo de preocupação durante a relação (RODRIGUES *et al.*, 2011).

Araújo (2018) torna a situação inteligível ao expressar que há uma desinformação sexual entre os jovens, e que a consequência disto é desastrosa. A carente educação acaba não sendo compensada pelo compromisso que a família deveria assumir a nível informativo e formativo. Entretanto, muitas das famílias das comunidades adjacentes às UBS não têm uma base familiar que lhe dê um suporte adequado, exatamente pelo fato de terem passado por situações semelhantes.

### **Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)**

No Brasil, o Programa Nacional de aids foi criado em 1985 pelo Ministério da Saúde, tendo como resultado imediato a constituição e consolidação de uma liderança e de um saber nacional sobre a doença. Desde o início, o programa teve suas ações centradas e integradas ao âmbito preventivo e assistencial, articulados com os princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade), tendo como referência os direitos humanos (SOUZA; CZERESNIA, 2007; BRASIL, 2008).

Em 1986, com base em resultados de pesquisa dos EUA e Europa e na atuação da sociedade civil, tornou-se obrigatória, no estado de São Paulo, a testagem de todo o sangue a ser transfundido. Em seguida, em 1988, a testagem sanguínea, tornou-se obrigatória em todo

o território nacional, mesma época da promulgação da Constituição Federal (PUPO, 2007; GRANGEIRO *et al.*, 2010).

O primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) foi implantado em 1988, no Rio Grande do Sul, seguido em 1989, no município de São Paulo (atual CTA Henfil). O COAS foi uma alternativa de serviço para oferta de sorologia anti-HIV de forma gratuita, confidencial, anônima e orientada (FERRAZ; NEMEZ, 2009).

Os objetivos do COAS eram identificar pessoas infectadas e seus parceiros, a fim de romper a transmissão e, conseqüentemente, a cadeia epidemiológica; encaminhar os soropositivos para tratamento e apoio psicossocial; disponibilizar informações sobre a epidemia, discutir e promover a adoção de práticas sexuais seguras; fornecer insumos gratuitos para esta finalidade. As ações de prevenção deveriam ocorrer por meio de atividades educativas e do aconselhamento (RODRIGUES *et al.*, 2011).

Em 1997, ocorreu a mudança de nome de COAS para CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento), expressando de forma mais direta à população as atividades do serviço. Também foi publicado o Manual “Aconselhamento em DST/HIV/aids: diretrizes e procedimentos básicos”, que tem sido o principal documento de referência, até hoje, para os profissionais da equipe psicossocial que desenvolvem ações em aconselhamento. Este material veio acompanhado do “Manual de Treinamento em Aconselhamento em DST/HIV/aids” (RODRIGUES *et al.*, 2011).

Nesse contexto, em 1999, os CTA passaram a incorporar a função de subsidiar a universalização do diagnóstico do HIV e garantir a equidade no acesso à testagem, especialmente das populações mais vulneráveis.

Sendo assim, durante esta década, ocorreram diversas mudanças na estrutura e organização do CTA. O Ministério da Saúde passou a preconizar a universalização da oferta do teste anti-HIV, na rede pública da saúde, especialmente no âmbito da atenção básica da saúde e pré-natal, como também para pacientes com tuberculose e usuários de drogas injetáveis. O Manual recomendava que os CTA adotassem procedimentos para flexibilizar a exigência de anonimato dos usuários, realizar atividades de prevenção intra e extramuros e apoiar as ações de profilaxia da transmissão vertical (CARNEIRO *et al.*, 2015).

Pode-se perceber que, desde sua implantação, os CTA têm sido demandados a incorporar novas tecnologias, estratégias e políticas para atender as demandas provindas das mudanças na epidemia da aids. Esta condição tem forçado estes serviços a repensarem constantemente sua identidade e sua forma de organização.

O modo como estes serviços tem incorporado e manejado com as novas diretrizes e recomendações e as alterações que elas provocam no processo de trabalho, merece ser alvo de estudo e investigação, pois, isto tem um impacto tanto na população como no cotidiano dos profissionais.

O aconselhamento, portanto, é uma prática com considerável complexidade, fundamentada em um discurso que propõe mudanças na atitude dos indivíduos e que, ao mesmo tempo, busca respeitar suas características e expectativas pessoais.

O discurso do aconselhamento faz parte de um contexto de mudanças na interação entre profissionais e seus pacientes, ao buscar estabelecer uma linguagem que tende para a informalidade e a conversação. O aconselhamento se configura como espaço de troca constituída por um modo de falar com as pessoas sobre si mesmas e seus problemas de forma aparentemente indireta e não avaliativa. Essa situação se reproduz no caso do aconselhamento, quando se estabelece uma relação de empatia entre usuário e equipe de saúde e existe abertura para informar e explicar terminologias e temas referentes às DST/HIV/aids (RODRIGUES *et al.*, 2011).

De forma geral, o aconselhamento é caracterizado por um conjunto de intervenções que buscam auxiliar nas condutas da vida cotidiana dos pacientes. Isso aponta para uma relação dialógica entre usuários e profissionais do serviço e sinaliza a existência de um jogo entre necessidades democraticamente contempladas e modos tecnológicos de agir (SOUZA; CZARISNIA; NATIVIDADE, 2008).

### **Enfermagem no CTA**

Estudiosos da área, afirmam que os profissionais da área da saúde devem proporcionar uma abordagem de fácil entendimento, sem pré-julgamentos, na qual possibilite o diálogo com os adolescentes e que não estejam pautados em padrões morais dominantes. Visto que, existem pluralidades de orientações e condutas sexuais e que estas devem ser respeitadas e, conseqüentemente, o amadurecimento, a tolerância e o igualitarismo são fortalecidos (CARNEIRO *et al.*, 2015).

A atuação do enfermeiro está baseada nas atividades de promoção a saúde. Essas ações são de suma importância, principalmente, para faixas etárias que abrangem a adolescência, pois é um momento da vida de descobertas e maior formação moral do indivíduo. Dessa forma, a educação sexual deve envolver abordagens educativo-preventivo, com o objetivo de estimular a adoção de atitudes e valores que proporcionem segurança e proteção (BRANDÃO *et al.*, 2017).

O profissional de enfermagem, por estar em contato mais próximo ao paciente, pode estar proporcionando diálogos sobre educação sexual, no âmbito da prevenção, tratamento e diagnóstico das DST's. Pois, as IST's são causa de muitas mortes na população, além de alto índice de morbidade, tais como infertilidade (CARNEIRO *et al.*, 2015).

O aconselhamento é um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no paciente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do paciente, para que ele mesmo tenha possibilidade de se reconhecer como sujeito de sua própria saúde e transformação (BRASIL, 1998). Segundo as diretrizes do Centro de Testagem e Aconselhamento, (1999) os aconselhadores devem ser profissionais de nível superior, capacitados para realizar ações de aconselhamento, individual e coletivamente.

Estabelecer uma uniformidade mínima das ações de aconselhamento é condição essencial para a avaliação da efetividade dessa prática. Trata-se de um trabalho interdisciplinar, com o componente psicológico predominante neste processo. Nesse sentido, é necessária a presença do profissional de saúde mental, nos momentos de capacitação, na supervisão e na avaliação desta prática (BRASIL, 2009).

O aconselhamento deve ser realizado antes e após o teste. Antes do teste os profissionais de enfermagem que atuam na atenção e na assistência prestada ao indivíduo, orientando e explicando os procedimentos que serão realizados, sendo a abordagem profissional, respeitando questões biológicas e psicossociais (CARNEIRO *et al.*, 2015).

Na etapa pós teste, o profissional de enfermagem deve esclarecer a sobre o significado do resultado da testagem e, qualquer que seja ele, informar a respeito do modo de transmissão do HIV e outras DST, além de medidas de prevenção primária ou de prevenção de reinfecção. Durante essa fase, o profissional deve avaliar as condições emocionais e psicológicas, utilizando linguagem simples e clara, abordando-a sem julgamentos, evitando atitudes coercitivas (não impondo decisões) e informando sobre a confidencialidade/sigilo das informações compartilhadas (SILVA, 2011).

Diante de resultado negativo, o aconselhamento é de suma importância. Esse resultado pode significar que a pessoa não está infectada ou foi infectada recentemente e o organismo ainda não produziu anticorpos que poderiam ser detectados pelo teste. Assim, nova testagem pode ser realizada, ou seja, as informações indicarão, ou não, se a pessoa pode se encontrar em “janela imunológica”, sendo que o teste deverá ser repetido após 30 dias (SILVA, 2011).

Nesta situação, além dos esclarecimentos, o enfermeiro precisa oferecer suporte psicológico até a realização da nova testagem. Deve ressaltar que o teste negativo não significa prevenção nem imunidade e que deve fazer uso das medidas preventivas.

Também se realiza o aconselhamento diante de resultado indeterminado. Tal resultado pode significar um falso-positivo ou verdadeiro-positivo de uma infecção recente, cujos anticorpos circulantes estão indetectáveis pelo teste. Nesses casos, o teste deverá ser repetido após 30 dias, sendo importante avaliar a história, o risco de exposição e a testagem sorológica do parceiro (SILVA, 2011).

Em se tratando de aconselhamento diante do resultado positivo, após os momentos iniciais da revelação diagnóstica, o enfermeiro deve estar atento a todas as reações do paciente geradas pelo impacto do resultado. Deve-se fazer o encaminhamento do paciente para os centros de referência, a fim de realizar os testes confirmatórios. Nesse momento de revelação diagnóstica, a abordagem do enfermeiro deve ser feita de forma especial, de modo que o indivíduo possa vivenciar os dilemas e encontrar as formas de enfrentamento do diagnóstico. São muitos os estressores essa pessoa enfrentará, e o enfermeiro precisa manejar tais situações com bastante habilidade. Os estressores referem-se à diversidade de informações sobre o controle e a prevenção da transmissão, bem como a necessidade de testagem no(a) parceiro(a); uso do preservativo nas relações sexuais para prevenir a transmissão; e de manter em sigilo sobre o *status* sorológico do paciente (SILVA, 2011).

## CONCLUSÃO

É inegável que as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) são um sério agravo à saúde pública, acometendo milhões de pessoas em todo mundo. Por conta disso, o Ministério da Saúde por meio de políticas de Atenção à Saúde implantou os métodos de testagem para essas IST's a fim de aumentar o monitoramento, diagnóstico, tratamento e prevenção das mesmas.

Os testes para detecção dessas doenças são denominados como Testes Rápidos que apresentam como fundamento a imunocromatografia. É válido ressaltar que esses testes são apenas uma espécie de testagem, os casos positivos devem ser encaminhados a centros de referência para confirmação do resultado por meio de testes mais específicos.

Além disso, com esse estudo de revisão integrativa da literatura, possibilitou a compreensão e a percepção do quão importante é a atuação do profissional enfermeiro nos Centros de Testagem e Aconselhamento. Uma vez que, são os enfermeiros, juntamente com uma equipe multidisciplinar, que vão lidar com as situações pré e pós-teste.

Mediante a isto, é necessário que se haja mais adesão à realização dos testes rápidos. Centro de Saúde, Unidades Básicas, Universidades, entre outros locais, devem incentivar e aplicar esses serviços gratuitamente para a população. Com isso, aumentando as notificações, o monitoramento e, conseqüentemente, tratamento e prevenção das IST's que, em muitos casos são letais, como o HIV/aids.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A.V. Ampliando diagnóstico e prevenção das hepatites virais: busca ativa e capacitação dos profissionais de saúde. In: **11º Congresso de HIV/Aids e 4º Congresso de Hepatites Virais – Prevenção Combinada: Multiplicando Escolhas**, 2017.
- ARAÚJO, W.J. et al. Percepção de enfermeiros executores de teste rápido em Unidades Básicas de Saúde. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 676-681, 2018.
- AYRES, J.R.C.M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.M.; PARKER, R. **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.
- BRANDÃO, M.G.S.A. et al. Ultrapassando os muros da universidade: a monitoria acadêmica como ferramenta de educação em saúde. **Revista Raízes e Rumos**, v. 5, n. 2, p. 151-159, jul./dez. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil**. 3. ed. Brasília: MS, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos**. 2. ed. Brasília: MS, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil - Desafios para a equidade e o acesso**. Brasília: MS, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. O Humaniza SUS na atenção básica. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: MS, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids**. Brasília: MS, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde**. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília: MS, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim epidemiológico AIDS e DST**. Brasília: MS, 2018.

BRITO, A.; CASTILHO, E.; SZWARCOWALD, C. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev Soc Bras Med Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2001.

CARNEIRO, R.F. et al. Educação sexual na adolescência: uma abordagem no contexto escolar. **S A N A R E, Sobral**, v.14, n.01, p.104-108, jan./jun. 2015.

CAPPI, D.R.S. et al. Atuação de estudantes de enfermagem em um centro de orientação e aconselhamento (COAS/CTA) para HIV: relato de experiência. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n.1, p.66-72, jan. 2001.

COSTA, R. et al. La contribución de la Enfermería brasile.a para la producción de conocimiento sobre el Sida. **Index enferm.**, v. 18, n. 1, p. 70-74, 2009.

DANTAS, C. F.; DANTAS, C.C. Valores intervenientes no cuidado de enfermagem ao cliente HIV/AIDS. **Revista Aquichan**, 2015.

FERRAZ, D.A.S.; NEMES, M.I.B. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, suppl. 2, p. s240-s250, 2009.

FORMOZO, G.A.; OLIVEIRA, D.C. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 230-237, 2010.

GALINDO, W.C.M.; FRANCISCO, A.L.; RIOS, L.F. Subjetividade no aconselhamento em HIV/AIDS. Manuais do Ministério da saúde. **Psicologia Política**, 2013.

GILBERTO, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRANGEIRO, A. et al. Voluntary counseling and testing (VCT) services and their contribution to Access to HIV diagnosis in Brazil. **Cad saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2053-2063, 2009.

GRYSCHKE, L.P.F.L.A.; DOMINGOS, C.J.; FIGUEIREDO, L.D.R.C. Necessidades de qualificação da equipe de enfermagem para a assistência aos clientes portadores do HIV e da AIDS. **Rev. Esc. Enf. USP Enfermagem**, 2000.

JAPOLLA, G. et al. Teste imunocromatográfico de fluxo lateral: uma ferramenta rápida de diagnóstico. **Enciclopédia biosfera, centro científico conhecer**, Goiânia, v. 11 n. 22, p. 26-49, 2015.

MALISKA, I.C.A. et al. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/AIDS. **Rev Gaúch Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 85-91, 2009.

MARTINS, T.A. et al. Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo. **Revista Fisioterapia & Saúde Funcional**, v. 3, n. 1, 2014.

MATTOS, R. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/AIDS: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro, In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. (org.). **Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999. p. 29-87.



MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. **Texto contexto enferm.** Florianópolis, v. 28, e20170204, 2019. Doi: 10.1590/1980-265x-tce-2017-0204.  
OLIVEIRA, C.D.; FORMOZO, A.G. Auto-proteção profissional e cuidado de enfermagem ao paciente soropositivo ao HIV: duas facetas de uma representação. **Acta Paul Enferm**, 2009.

PARKER, R. **Políticas, Instituições e AIDS**: Enfrentando a Epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, 1997.

PUPO, L.R. **Aconselhamento em DST/Aids**: uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual e de sua fundamentação teórica. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

ROCHA, S. AIDS: uma questão de desenvolvimento?. In: PASSARELLI, C.A. **AIDS e desenvolvimento**: interfaces e políticas públicas. Rio de Janeiro: ABIA, 2003. p. 34-40.

RODRIGUES, L.M.C. et al. Abordagem às doenças sexualmente transmissíveis em Unidades Básicas de Saúde da Família. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 16, n. 1, p. 63-69, 2011.

SILVA S. **O diagnóstico anti-HIV no município do Rio de Janeiro**: processos de cuidado em Saúde. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez. 2005.

SOUZA, V.; CZERESNIA, D. Considerações sobre os discursos do aconselhamento nos centros de testagem anti-HIV. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 531-548, 2007.

SOUZA, V.; CZARISNIA, D.; NATIVIDADE, C. Aconselhamento na prevenção do HIV: olhar dos usuários de um centro de testagem. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1536-44, 2008.

## 5.4 MANUSCRITO 4 - A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA AIDS NAS CAMPANHAS DE SAÚDE PÚBLICA (1987-1999)

### RESUMO

**Introdução:** A aids pode ser considerada como um fato social, que inclui, além de outras, a dimensão simbólica, resultante dos processos de significação gerados na ordem de discurso que a mídia passou a apresentar através de campanhas de grande circulação nacional. **Objetivo:** Refletir sobre a construção social da aids nas campanhas de saúde pública Brasileiras de 1987-1999. **Metodologia:** Identificação das campanhas publicitárias sobre o tema; e refletir, sobre alguns destes registros históricos, observando os modelos das campanhas e suas contribuições para a sociedade. **Resultados:** As campanhas publicitárias do Governo Federal frente a aids e mídia impressa, vídeos publicitários e a capa de uma revista de grande circulação nacional da década de 1980 indicaram uma evolução nos modos pelos quais a doença foi sendo apresentada à população brasileira. O medo e o preconceito foram marcantes neste período, e somente a partir de 1990, as campanhas foram reformuladas e não direcionadas. **Conclusão:** Esta reflexão nos trouxe um pouco da história vivida por indivíduos que tiveram suas vidas marcadas com o aparecimento da aids e faz pensar em como as campanhas publicitárias tiveram influência para os estereótipos agregados a aids.

**Descritores:** Campanhas publicitárias. Mídia. HIV. Informação.

### INTRODUÇÃO

A partir de 1980, a aids se torna visível para a sociedade brasileira, quando é registrado o primeiro caso da doença no Brasil (BERRIGDGE; STRONG, 1991). O Ministério da Saúde brasileiro, classificou a epidemia de aids em três fases, em que na primeira fase da epidemia, nos anos de 1980 a 1986, surgiram casos da síndrome nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e outras metrópoles do Sudeste e do Sul, na maioria dos casos pela transmissão homo/bissexual masculino, receptores de sangue e hemoderivados. A segunda fase, de 1987 a 1991, foi marcada pela transmissão sanguínea com aumento de casos em usuários de drogas injetáveis e entre a população heterossexual, iniciando, nessa fase, o processo simultâneo de pauperização dos usuários e interiorização da epidemia. Na terceira fase da epidemia, de 1992 até a atualidade, as análises epidemiológicas realizadas apontaram um aumento exponencial do número de casos por exposição heterossexual, com o delineamento para a feminização, interiorização e pauperização da mesma (SADALA; MARQUES, 2006; MALISKA; PADILHA; ANDRADE, 2014; VILLARINHO; PADILHA, 2016).

As primeiras vítimas da aids, expostas pela mídia durante praticamente toda a década de 1980 e os primeiros anos de 1990, foram personalidades vinculadas ao mundo cultural (cinema, moda, teatro, TV, literatura, música), dentre eles, o costureiro Markito, os atores

Rock Hudson, e Lauro Corona, os cantores Freddie Mercury, e Cazuza, o coreógrafo Flávio Imperial. Para coroar o auge do preconceito, a maioria das personalidades assumidamente portadoras do HIV ou com a aids fazia parte de grupos ligados a Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou então eram hemofílicos, como o sociólogo Betinho. Foi a partir desse aspecto que, as primeiras reportagens acerca da aids, traziam como referência uma representação da sociedade na qual esta doença atingia principalmente os homens homossexuais (NASCIMENTO, 2005).

Para a população em geral, a aids era uma doença situada em grupos sociais como os homossexuais, as profissionais do sexo e os usuários de drogas injetáveis, sendo, portanto, algo proibido, e fora dos padrões aceitos pela sociedade. A partir desta visão a aids passa a ser uma doença cheia de estigma e preconceito (BERNARDES; GOMES; PORTO, 2017; BRASIL, 2003).

Desde então, a aids passa a ser considerada um fato social, que inclui, além de outras, a dimensão simbólica, resultante dos processos de significação gerados pelos discursos que a mídia passou a apresentar através de campanhas de grande circulação nacional. Assim, o fenômeno aids foi se difundindo pelas páginas das revistas, jornais, comerciais de televisão e como foco de discussão de todas as classes sociais do país (MALISKA; PADILHA; ANDRADE, 2015; BERNARDES; GOMES; PORTO, 2017).

Como acontecimento social, a aids foi um evento de grande repercussão para a mídia, pois junto com a doença estavam associados os assuntos que mais chamavam a atenção da população, como sexo, drogas, morte, identidade de gênero, intimidade e sangue, elementos estes que se adaptavam perfeitamente nos critérios que as mídias escrita e televisivas estipulavam para um fato tornar-se notícia ou ampliar o padrão de audiência, principalmente na década de 1980. Foi assim que o assunto foi estampado nas manchetes de jornais e revistas do Brasil e do mundo (BERNARDES; GOMES; PORTO, 2017; VILLARINHO; PADILHA, 2016).

A aids nas campanhas publicitárias assume a configuração de representação social, que destaca a aids como um acontecimento comum a um determinado grupo de pessoas, voltada principalmente aos homossexuais masculinos (BERNARDES; GOMES; PORTO, 2017). A representação social desta doença permite esclarecer como se deu o processo de assimilação da aids, de como a mesma foi compreendida pelos indivíduos e grupos, e destaca a falta de conhecimento, expresso pelo medo, preconceito e estigma construído pelos meios de comunicação (GARCIA; BELLINI; PAVANELLO, 2011). A doença foi o veículo de enunciações que as revistas, televisão e rádio usaram para construir seus respectivos modos de

divulgar suas ideias acerca das condutas sexuais em relação a aids na década de 1980 e 1990 (BERBEL; RIGOLIN, 2011). Ficou estigmatizado o perfil de uma doença relacionada a tudo o que era proibido e marginalizado, sendo representada como um castigo.

O objetivo deste estudo é refletir sobre a construção social da aids através da mídia e campanhas de saúde de 1987 à 1999.

O recorte histórico se justifica pelo início da epidemia nos anos 1980 e a mudança de perfil epidemiológico da doença a partir dos anos 1990, caracterizada nas campanhas nacionais e na mídia em geral, além de sua contribuição para a sociedade. A doença, ainda pouco conhecida, era cercada por preconceito e falta de informação, além de dificuldades no tratamento.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo documental, descritivo, qualitativo, com abordagem sócio-histórica a fim de identificar as campanhas publicitárias sobre a aids nas décadas de 1987 à 1999. Focamos nosso olhar nas campanhas publicitárias do Governo Federal frente à epidemia da aids, vídeos publicitários elaborados pelo Ministério da Saúde e a capa de revistas de grande circulação nacional naquele período.

Os dados foram coletados no período de maio a julho de 2017 por meio da busca nas bases de dados nacionais (Biblioteca Virtual em Saúde, BVS), no site do Ministério da Saúde e contato via e-mail para o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (PNDST). Os critérios de inclusão dos dados coletados foram: Campanhas publicitárias de vídeos e cartazes disponíveis no site no Ministério da Saúde e disponibilizados pelo Programa Nacional de Doenças Sexualmente transmissíveis (PNDST), capas de revistas da década que continham a imagem e a chamada de personalidades públicas que assumiram estar com aids neste período disponíveis na internet e pelo PNDST.

A seleção das campanhas levou em conta os seguintes critérios: 1) Data ou período de divulgação 2) Origem: Institucional ou Independente Para a análise organizamos os dados dividindo este estudo em campanhas institucionais formais (elaboradas pelo Governo Federal) e as campanhas informais, leigas (relacionadas as capas de revistas). Foram encontradas 26 campanhas publicitárias elaboradas pelo Ministério da Saúde do Governo Federal no período do estudo, e a capa de três revistas de circulação nacional.

## Os percursos da aids na mídia brasileira através das campanhas Institucionais

A partir de 1987, um ano após a criação do programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids, o governo iniciou as campanhas oficiais de prevenção contra a aids. Em fevereiro de 1987 foi veiculada a campanha que trazia o slogan “aids, você precisa saber evitar” (BRASIL, 2006) . A partir daí o Governo veio veiculando campanhas publicitárias sobre prevenção e como evitar comportamentos de risco (FRIAS; TEIXEIRA, 2017).

Nos anos de 1987 e 1988, começou a ser implementado um programa educacional em grande escala. Neste sentido, a televisão, como meio de comunicação que, em princípio, atinge todas as camadas da sociedade e as diferentes regiões do país, tornou-se o veículo das campanhas educacionais nacionais de combate à aids, além de uma série de materiais que acompanhavam as campanhas televisivas (cartazes, panfletos e outdoors) (CARVALHO, 2008). De 1986 a 1993, as ações do Ministério da Saúde em relação à aids foram marcadas pela utilização da educação a partir das informações mostradas no quadro abaixo com as campanhas publicitárias sobre aids no Brasil elaboradas pelo governo Federal, de 1987-1999.

Quadro 7 - As Campanhas publicitárias sobre a aids no Brasil elaboradas pelo Ministério da Saúde, no período de 1987 a 1999.

Ano	Slogan	Público alvo	Reflexão sobre a Campanha
1987	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ "aids, você precisa saber evitar"</li> <li>➤ "Camisinha - O Seu Grito de Liberdade"</li> </ul>	Público em geral	Linguagem didática para explicar o que era a doença, com ênfase na prevenção. Início da difusão da imagem da camisinha.
1988 a 1990	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ "Se você não se cuidar, a aids vai te pegar"</li> <li>➤ "A aids mata sem piedade. Não permita que essa seja a última viagem da sua vida"</li> <li>➤ Eu tive câncer, eu tive cura, eu tenho aids eu não tenho cura.</li> <li>➤ "Previna-se do vírus, não das pessoas"</li> <li>➤ Ta na hora de virar o jogo contra a aids. Juntos a gente ganha essa parada.</li> <li>➤ "Quem vê cara, não vê aids. Use camisa-de-vênus"</li> <li>➤ Depoimentos de quem vive com o HIV</li> <li>➤ Não permita que essa seja a última viagem de sua vida. aids, pare com isso.</li> </ul>	Direcionada a Homossexuais e Usuários de drogas.	Campanhas ganham agressividade e usam a imagem da morte para conscientizar. Intensifica-se o medo e o terror Mensagens generalizantes à população, sempre preconceituosas.
1991 a 1995	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ "Não existe grupo de risco, o que existe é comportamento de risco. aids não discrimina"</li> <li>➤ "Sem camisinha pule fora. Ou use a imaginação"</li> </ul>	Público em Geral	“O conceito de sexo seguro começou a ganhar força nas campanhas, enquanto o uso da camisinha passou a ser

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ “Vamos todos contra a aids de mãos dadas com a vida”</li> <li>➤ "Você emprestaria a sua escova de dentes? E seu namorado? Droga não é legal, mas se for usar, não compartilhe sua seringa"</li> <li>➤ "Brasil contra a aids". Fernanda Montenegro e Zico participam da campanha.</li> </ul>		apontado como a única forma de prevenção da transmissão sexual, não se mencionando a redução de parceiros”
<b>1996</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ “Crianças vivendo com aids o Brasil dá um abraço”</li> <li>➤ “Sexo seguro é só alegria”</li> </ul>	Público em geral	Em 1996, foi veiculada uma campanha inovadora. Era a primeira a mostrar que se apresentava o solidariedade com relação à aids.
<b>1997 e 1998</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ "Viva com prazer. Viva o sexo seguro" (homem mulherengo conversa com seu pênis, o Bráulio, sobre a necessidade de usar camisinha)</li> <li>➤ "'Pergunte aids". A atriz Sandra Bréa -que já era portadora do HIV na época e morreu em decorrência da aids em 2000- participa da campanha.</li> <li>➤ "Aperto de mão pega? Não pega". Vinhetas traziam perguntas e respostas sobre contaminação.</li> <li>➤ ‘Se fosse seringa você usava?’ Dirigida aos UDIs</li> <li>➤ “A força da mudança: com os jovens em campanha contra a aids” (Carnaval, dirigida aos jovens...</li> <li>➤ “Quebre o Silêncio e “Se deu bem? Com camisinha você se dá melhor ainda!”</li> </ul>	Grupos específicos, mulheres casadas, jovens, UDIs	As campanhas também passaram a atingir públicos específicos, segundo a análise do comportamento da incidência da doença.
<b>1999</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ "Camisinha - Eu vivo com ela"</li> <li>➤ "Há várias gerações os jovens se vestem para defender seus ideais. Agora, chegou a sua vez. Use sempre camisinha"</li> <li>➤ "Viver sem aids só depende de você". Regina Casé dá dicas às mulheres sobre como se livrar de cantadas de homens que se recusam a usar camisinha no Carnaval.</li> <li>➤ "Escute, Aprenda e Viva sem aids"</li> <li>➤ “Adesão pessoas vivendo com HIV/aids"</li> </ul>	Jovens e mulheres	Foco nos jovens e mulheres. Ênfase na impossibilidade de sexo sem camisinha e no diálogo familiar

**Fonte:** Brasil, Ministério da Saúde, 2010.

No Brasil, as campanhas publicitárias governamentais voltadas para a aids apoiaram-se no perigo da contaminação e utilizaram o medo como meio supostamente mais eficiente para atingir o público e “esclarecê-lo” sobre a necessidade da prevenção. O resultado desta estratégia foi a construção da aids como doença sexualmente transmissível, associada a comportamentos socialmente estigmatizados, os quais foram classificados como “comportamentos de risco”. A lógica do comportamento de risco veio substituir, em 1993/1994, a ideia de grupo de risco que tanto marcou as campanhas. A epidemia estava se espalhando e era preciso informar à população que todos estavam expostos à contaminação (PAZ, 2007). Foi a transformação de uma epidemia “biológica” em uma epidemia “social”, na qual grupos sociais foram estigmatizados, reforçando, junto com o suposto esclarecimento

sobre a doença, velhos preconceitos que geraram ideais condenadas como a do “aidético” (CONTRERA, 2005).

As campanhas de 1987 a 1999 eram realizadas por agências diferentes (algumas, por muitas delas) e continham vários documentários, cada qual explorando um aspecto da epidemia, como se tratassem de capítulos de um livro (CONTRERA, 2005). Essa diferença, principalmente nos slogans das campanhas, podemos observar no quadro nos vídeos enfatizava a correlação entre infecção por HIV e o fato de se ter vários parceiros sexuais; o outro era dirigido a usuários de drogas e assim cada um apresentava o seu público dirigido. Entretanto, as mensagens destas campanhas eram, por diversas vezes, contraditórias (PAZ, 2007).

A aids era associada à morte, com a pretensão de que devido ao medo, se conseguiria a rápida adesão ao uso do preservativo. A morte era apresentada como uma ocorrência rápida; considerando-se a infecção como o início e o fim da vida da pessoa com o vírus<sup>6</sup>. No início da década de 1980 a representação da aids como morte imediata cria outro sentido: a sexualidade está próxima da morte. Sexo é uma prática mortal. Somos culpados pela nossa síndrome; somos culpados até pela nossa morte (CARVALHO, 2008; COSTA, 2012).

Uma das campanhas mais polêmicas e mais diretas na representação do vírus como incurável e de final trágico foi veiculada comparando a diversas doenças que já tinham cura. Respectivamente, quatro personagens olhando diretamente para a câmera, dizem: “Eu tive tuberculose, eu tive cura. Eu tive sífilis, eu tive cura. Eu tive câncer, eu tive cura”. O quarto personagem, um homem, olha muito brevemente para o telespectador e, em seguida, cabisbaixo, apresenta sua mensagem “Eu tenho aids, eu não tenho cura”. Surge na sequência outra voz masculina que prossegue a locução. “Nos próximos dias, nos próximos meses, no próximo ano, milhares de pessoas vão pegar aids e vão morrer. Se você não se cuidar, a aids vai te pegar” (CARVALHO, 2008, BRASIL, 2008)

Nesta campanha existe, sobretudo, o estereótipo do “aidético”, a morte como consequência inevitável, inclusive o semblante do personagem leva a crer que para ele tudo está perdido. O slogan da campanha traz ao telespectador duas opções, ou se cuida, ou pegará aids e a consequência de não se cuidar será irrevogável. Tais campanhas motivaram a crítica das Organizações Não Governamentais (ONGs) que, àquela época, entendiam a doença como crônica e não necessariamente letal, devido ao advento de medicações que começavam a surgir (CARVALHO, 2008).

No final da década de 1980, as campanhas publicitárias trazem personalidades públicas e famosas para falar sobre a doença, como em 1988, o Diretor de TV Walter de

Souza, apresenta um depoimento de quem vive com o HIV e foi infectado pelo sangue contaminado. Neste mesmo ano vários atores e, o jogador, Zico e o corredor automobilístico Ayrton Senna deram explicações sobre a doença, o uso da camisinha, seringas e agulhas e material perfuro cortante na campanha *Ta na hora de virar o jogo contra a aids. Juntos a gente ganha essa parada* (BERBEL, 2012).

Ao analisarmos o quadro das propagandas publicitárias apresentado anteriormente (Quadro 7) percebe-se que diante da alta letalidade da aids naquela época, as campanhas afirmavam a morte como o fim certo de quem não seguia os conselhos ou as ordens das suas mensagens, em tom moralista e autoritário, esta tendência perdurou até 1991. “No que se refere à gramática publicitária, a abordagem da morte é promessa de alto índice de lembrança para um comercial porque gera impacto, e impacto é parâmetro para a análise do sucesso da comunicação publicitária” (BRASIL, 2008)

A partir de 1988 as campanhas publicitárias brasileiras passam a trazer informações sobre os cuidados com a transmissão e prevenção da aids, as campanhas de 1988 tinham como Slogan: "Não permita que essa seja a última viagem de sua vida. aids, pare com isso". Essa campanha ganhou Prêmio Colunistas Brasília 88/89 e fez parte da campanha de carnaval do ano de 1989. Seguindo o mesmo pensamento, a outra campanha deste mesmo ano, apresenta uma aeromoça que explica aos passageiros do avião sobre os meios de transmissão da aids e como se prevenir, e usar a camisinha (CARVALHO, 2008, BRASIL, 2008)

Nas campanhas governamentais sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis, em específico aquelas relativas à prevenção da aids, temos o reflexo de uma sociedade que aprendeu a ver a doença de uma maneira estereotipada. A representação da aids foi construída por afetar inicialmente grupos sociais específicos, e a partir disto tomou dimensões grandiosas, levando consigo toda a estigmatização associada ao diferente e ao já marginalizado na sociedade (BERBEL, 2012). É visível, observar nas campanhas preventivas com relação à doença no Brasil, certo pânico moral e mesmo após, o desconhecimento e a má elaboração das peças publicitárias. As campanhas eram direcionadas a públicos-alvo e tendiam a fazer uso do medo para afugentar as pessoas deste “mal” como também a continuação da estigmatização de um grupo específico (Homens homossexuais) (GARCIA; BELLINI; PAVANELLO, 2011; BERNARDES; GOMES; PORTO, 2017).

Já no início da década de 1990 percebe-se que as campanhas publicitárias tomam uma nova forma devido principalmente a ação das ONGs e de ativistas (FRIAS; TEIXEIRA, 2017). O Brasil, apesar de ter demorado quase uma década para mudar a forma de interpretar a aids, foi o primeiro país a trazê-las como modo de auxiliar na conscientização da



universalidade do risco em suas campanhas publicitárias, conforme podemos observar nos slogans elaborados pelo Ministério da Saúde (CARVALHO, 2008; BERBEL; RIGOLIN, 2011).

Na imagem abaixo podemos observar que em 1995 a campanha foi voltada as mulheres conforme se pode observar.

Figura 9 - Campanha Ministério da Saúde, 1995.



Fonte: Ministério da Saúde 2008

Na figura 9 percebemos que a campanha eleva a mulher ao status de moderna e consciente, e, sobretudo, independente. Observamos os exemplos de mulheres que se cuidam, que se amam e irão se prevenir. Neste período as campanhas trazem a conscientização das mulheres casadas sobre a necessidade do uso da camisinha.

No Brasil, as campanhas foram criticadas pelas ONGs pelo seu teor e por sua divulgação esporádica, porque eram realizadas prioritariamente no Carnaval e no Dia Mundial de Luta contra a aids (1º de dezembro) (AYRES, 2005), sendo necessário duas décadas, para que o governo e a sociedade dessem respostas às demandas que surgiam.

Figura 11 - Campanha do Ministério da Saúde para prevenção a aids.



A cada ano, o governo federal lança mão de um slogan diferente no carnaval. Acervo: UDC/MS.



Fonte: Ministério da Saúde 2008

Vale ressaltar que o Brasil foi um dos primeiros países do mundo a deixar de associar a aids à morte em suas campanhas (COSTA, 2013). O dia 1º de dezembro passou a ser considerado o Dia Mundial de Luta Contra a aids por uma decisão da Assembléia Mundial de Saúde, em outubro de 1987, com apoio da ONU. A data serve para reforçar a solidariedade, a tolerância, a compaixão e a compreensão com as pessoas infectadas pelo HIV/aids. A escolha dessa data seguiu critérios próprios das Nações Unidas. No Brasil, a data passou a ser adotada, a partir de 1988, por uma portaria assinada pelo Ministro da Saúde (CARVALHO, 2008, BRASIL, 2008)

A primeira campanha para o Dia Mundial de Luta Contra a aids (Gritos de Liberdade. Use Camisinha), de 1989, conferiu ao uso do preservativo “um tom de mobilização política e reivindicação coletiva, para o que se utilizou a imagem de uma passeata, destacando a participação de diversos povos irmanados na causa” (CARDOSO, 2001). Entretanto, a data apenas passaria a ser motivo de campanhas anuais a partir de 1992, marcadas por um discurso solidário (CARDOSO, 2001).

Figura 12 - Campanha dia Mundial de Luta contra a aids, 1996



Ministério da Saúde lançou este cartaz em comemoração ao Dia Mundial de Luta contra a Aids, em 1.12.1996.

Fonte: Ministério da Saúde 2008

Esta campanha apresentada na Figura 12 traz um diferencial importante, pois destaca a questão da responsabilidade social, a comunicação sobre a aids no país passou a partir de 1996 a privilegiar a informação, valorizando a auto-estima, incentivando o uso de preservativos e, principalmente, procurando respeitar os direitos humanos.

Outros temas considerados tabus foram abordados nas campanhas de aids no Brasil. Surgiram várias campanhas consideradas polêmicas por sua ousadia, porque se dirigiam a homens que fazem sexo com homens. Em uma delas, de 1995, um homem conversa com o próprio pênis (GARCIA; BELLINI; PAVANELLO, 2011; GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010).

De 1990 a 1999 houve transformações no modo de conceber as campanhas publicitárias preventivas de HIV/aids. Passou-se a ressaltar a importância da sexualidade na comunicação das informações científicas de prevenção, o que vem mudando a cultura de prevenção à transmissão do HIV. Os argumentos do medo e terror foram aos poucos abandonados; essa nova conduta implicando em outra forma de explicar, ver a doença e os riscos a ela associados, sem afastar os soropositivos do tratamento e sem amedrontar a população com o caminho dessa epidemia (GARCIA; BELLINI; PAVANELLO, 2011).

Segundo Contrera (2005, p. 46), em 1993 e a partir daí a maior parte da publicidade sobre a doença veio das ONGs em parceria com agências de publicidade locais.

No final da década de 1990, começam a desconfigurar àquela imagem de que a aids somente atingia grupos de risco, de que a doença tem uma cara ou um corpo (COSTA, 2013). A abordagem passa para uma visão mais geral onde a população entende que todos podem se contaminar com o HIV, ou seja, que não há mais grupo de risco e sim comportamento de risco e também que todos somos responsáveis por nossa prevenção. As campanhas passam a ser mais lúdicas, mais leves, procurando atrair a atenção das pessoas também pelo humor.

A Lei 9.313/1996, que regulamenta a distribuição gratuita de antirretrovirais, veio mudar a vida de muita gente com HIV no Brasil. Nesse mesmo ano, o Programa Nacional de DST e aids lança o primeiro consenso em terapia antirretroviral (regulamentação da prescrição de medicações para combater o HIV) e a disponibilização do AZT venoso na rede pública (BRASIL, 1996). Foi ainda em 1996 que começou a queda das taxas de mortalidade por aids, diferenciada por regiões, se iniciou neste período outro momento na história social da epidemia de HIV/aids em que parece ter diminuído o pânico sexual. Infelizmente, o estigma para com os indivíduos infectados permanece e se revela onde menos se nota: no silêncio sobre a infecção, no segredo sobre a condição de soropositivo, no temor de rejeição (CARVALHO, 2008, CONTRERA, 2005).

Conforme destacamos no Quadro 7 em 1996, começa a veicular uma campanha inovadora pela primeira vez demonstra-se a possibilidade de sucesso e de vida em pessoas com o HIV. Dois vídeos, o de um menino e o de uma menina de doze anos, mostravam como pessoas com a doença não morrem mais instantaneamente, como se imaginava antes. Ao som dedilhado de um violão, a voz calma de um narrador diz: “Quando um garoto de doze anos faz sua primeira barba, ele realiza um dos grandes sonhos da sua vida! Quando um garoto de doze anos que tem o vírus da aids desde que nasceu faz sua primeira barba, ele realiza o sonho de todos que acreditam que a vida é muito maior do que a aids!”. E assim o narrador termina: “Crianças vivendo com aids, o Brasil dá um abraço” (BRASIL, 2008)

Nesta campanha são mostrados, dois momentos que caracterizam o ponto crucial para a vida adulta de ambos os sexos - o menino ao fazer a sua primeira barba e a garota ao vestir seu primeiro sutiã. “Vestir o primeiro sutiã é um dos grandes sonhos na vida de qualquer menina!”. Ambos têm como fundamento o corte temporal, uma forma de exprimir tempo de vida, crescimento, saúde (CARVALHO, 2008, BRASIL, 2008)

Nas décadas de 1980 e 1990, o Brasil vivia muitas mudanças com fim do regime militar e o processo de redemocratização. Paralelo a esses acontecimentos políticos aparecem os reflexos da liberação sexual da década de 1970, surge no mundo e no país, e como desafio

para a área da saúde e social, a descoberta da aids na transição do século XX para o XXI, imprime uma nova forma das pessoas viverem, a partir de então (FRIAS; TEIXEIRA, 2017).

### Os percursos da aids na mídia brasileira através das campanhas não institucionais

Nas décadas de 1980 e 1990 a aids atingira algumas personalidades públicas que assumiram a infecção, deixavam seu sofrimento público e faziam campanha de divulgação para a proteção contra a disseminação dessa doença ainda incurável. Vários exemplos no Brasil, como o de Sandra Bréa, Cazuzza, Renato Russo e Lauro Corona eram representados como modelos de um sofrimento que todos temiam para si (CONTRERA, 2005; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2011).

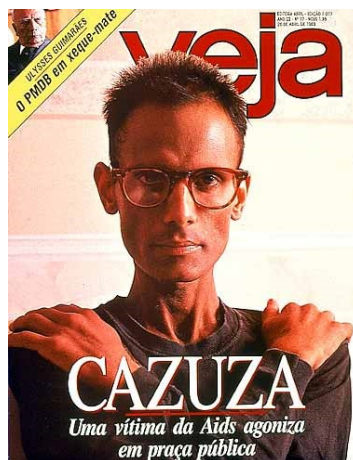
Figura 13 – Capas de revistas de 1989,1990 e 1993 com personalidades vítimas da aids.



Não temos como refletir sobre a aids na mídia na década de 1980 e 1990 sem lembrarmos da representação mais marcante sobre a aids que foi trazida no ano de 1989, na capa da "revista Veja", onde é apresentada a foto de Cazuzza e a frase *Uma vítima da aids Agoniza em praça pública* (REVISTA VEJA, 1989):



Figura 14 – Capa da Revista Veja com o cantor Cazuzza.



Fonte: Revista Veja, editora Abril, 1989.

A aids chegou para o cantor e compositor Agenor de Miranda Araújo Neto, conhecido como Cazuzza, em 1987, aos 29 anos, estando no apogeu da juventude, no auge da fama e da vida. Em 26 de abril de 1989 foi publicada a edição da Revista Veja com a manchete “Cazuzza - uma vítima da aids agoniza em praça pública”, analisada neste estudo. Cazuzza veio a falecer aos 32 anos em 7 de julho de 1990. A mídia brasileira noticiou este fato desde as especulações iniciais, passando pela fase em que o artista assumiu sua condição de soropositivo e, por fim, a sua morte. Sua imagem adoecida personificava os jovens que viviam com o HIV naquela década, tornando sua figura familiar e associada às complicações advindas da patologia (BERNARDES; GOMES; PORTO, 2014).

Essa imagem de 1989, da "Revista Veja", trouxe em seu conteúdo jornalístico a declaração de soropositividade do Cazuzza (REVISTA VEJA, 1989). A leitura do conteúdo, bem como a imagem da capa, fez emergir, para os leitores, a figura pública que, no decorrer dos anos da síndrome, apresentaria uma “face” à aids, fazendo a personificação que atribui qualidades, comportamentos, atitudes e impulsos humanos. No caso de Cazuzza reforçou a relação da síndrome com características físicas associadas à doença como o emagrecimento extremo, deterioração física, internações frequentes, sofrimento psíquico, isolamento social e morte (COSTA, 2013; BERNARDES; GOMES; PORTO, 2014; FORMOZO; OLIVEIRA, 2010).

A deterioração física de pessoas que viviam com o HIV na década de 1980, propiciava fenômenos visuais específicos que contribuíam e possibilitavam representações sociais ancoradas em fenômenos sociais, como a aids. Essas representações, são particularmente pertinentes à imagem do artista Cazuzza, que se tornou uma imagem símbolo da aids presente

em grande parte de pessoas que viviam com a doença em nossa população na década de 1980, quando os portadores do vírus tinham a “cara da aids” (BERNARDES; GOMES; PORTO, 2014, BERNARDES, 2015).

O cantor/compositor Cazuza foi a primeira figura pública brasileira a admitir, em 1989, que sofria de aids, e deixar-se filmar em vários ambientes lutando contra a doença.

Figura 15 – Capa da Revista Amiga, 1989 trazendo o sofrimento de Cazuza com a doença.

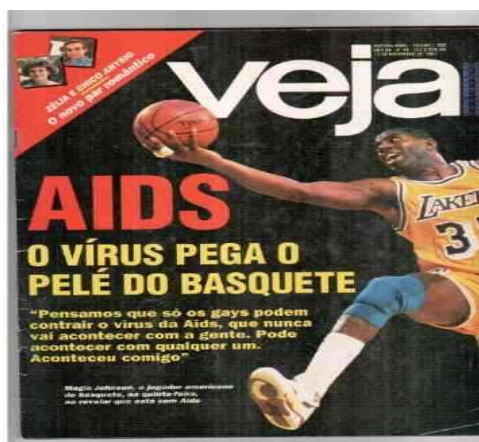


Fonte: Capa da revista Amiga, 1989

A atriz e símbolo sexual dos anos 1980, Sandra Bréa, descobriu em março de 1993 que era portadora do HIV. Ela também utilizou a imprensa para divulgar a doença, reunindo vários jornais, revistas e repórteres em sua casa alguns meses depois de descobrir que havia sido contaminada para anunciar sua doença. Seu relato foi importante para alertar que a incidência da aids aumentava cada vez mais entre as mulheres. Sandra se negava a passar por tratamento médico e morreu em 2000, afastada dos amigos e da Televisão (COSTA, 2013; FORMOZO; OLIVEIRA, 2010).

Nos Estados Unidos, um dos casos mais marcantes da epidemia na época foi o do astro do basquete Magic Johnson, que surpreendeu o mundo em 1991 ao contar que estava com aids. Este fato também trouxe a discussão da prevenção da infecção pelo HIV nos esportes. Ele encarou o problema com otimismo e chegou a disputar os Jogos Olímpicos de 1992, em Barcelona. Foi medalha de ouro (BERNARDES; GOMES; PORTO, 2014).

Figura 16 – Capa da Revista Veja, 1991 com o chamado sobre a aids no Magic Johnson.



Fonte: Revista Veja, editora Abril, 1991

A geração que hoje tem entre 30 a 40 anos, e cresceu já aprendendo que deve usar o preservativo desde a primeira relação sexual. Junto com a aids, a camisinha previne outras doenças sexualmente transmissíveis, como hepatites, sífilis, e outras doenças sexualmente transmissíveis. Atualmente, com a terapia antirretroviral, a vida se prolonga nas pessoas que vivem com HIV, tendo em vista que a aids passou a denominar-se como doença crônica.

## CONCLUSÃO

Ao analisarmos, de forma retrospectiva, as campanhas publicitárias de prevenção a aids nas décadas de 1980 e 1990 do século XX, podemos concluir que as campanhas de comunicação frente a epidemia da aids refletiram os valores transmitidos pelas próprias políticas do estado.

Foi possível perceber que as representações que recaíam sobre as pessoas com o HIV da época, reforçavam o estigma do que é viver com aids, influenciando os estereótipos da aids, sobretudo no início da epidemia, quando a doença representava a morte. O medo, preconceito, estigmas, discriminação foram marcantes neste período, e somente a partir de 1990, as campanhas foram reformuladas e voltadas para a população Brasileira em geral.

Pode-se perceber também que em relação à mídia não institucional, não houve o compromisso social de reverter a imagem da aids ressaltando-se o respeito aos direitos humanos, mas de reforçar os estigmas já construídos, usando o sensacionalismo para chamar atenção do público, promovendo-se em torno da desgraça alheia e da exposição caracterizada pela desumanidade. A exposição de uma pessoa conhecida assumindo-se como portadora do



vírus, poderia ser ressaltada como uma forma de chamar a atenção da sociedade para um problema que poderia atingir a qualquer pessoa, evocando-se a responsabilidade social. Neste sentido, observa-se o descompromisso da mídia em relação ao drama da epidemia naquele momento histórico.

A arte da comunicação é ferramenta essencial para que as campanhas preventivas ao HIV/aids possam ser melhor compreendidas pela população, levando a conscientização sobre a importância da epidemia, a necessidade de adesão as diferentes formas de contaminação, a fim de minimizar a infecção pelo HIV. Para tanto, faz-se necessária a elaboração de campanhas que eduquem para a prevenção com democracia e esclarecimento, sendo estes alicerces para a liberdade, aspecto importante da nossa autoconsciência e da história que nos compõe como indivíduos.

No entanto, apesar da evolução das campanhas de prevenção para HIV/aids realizadas, estas ainda precisam ser elaboradas, reformuladas para que todas as gerações consigam compreender a importância da prevenção e controle da aids no Brasil. Pois, as campanhas têm o importante papel na sociedade, juntamente com outros métodos de prevenção. Ademais, faz-se necessário que as campanhas sejam trabalhadas ao longo do ano e não apenas no carnaval, primeiro de dezembro ou outras datas pontuais. As campanhas de prevenção precisam atingir uma geração que não viveu o advento da epidemia de aids com todas as suas repercussões, e, muitas vezes não compreende a importância da prevenção, acabando por banalizar a contaminação pelo vírus, assim como as complicações decorrentes da doença.

As campanhas de prevenção para HIV/aids realizadas e as que ainda terão que ser elaboradas precisam de uma reformulação para a que todas as gerações consigam compreender a importância da prevenção e controle da aids no Brasil.

## REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M. Práticas educativas e prevenção de HIV/aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface – Comunicação e saúde educativa**, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 11-24, ago. 2005.

BERBEL, D.B. **A comunicação da ciência nas campanhas de saúde online**: um estudo de caso do Portal da Saúde. Dissertação (Mestrado Multidisciplinar) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

BERBEL, D.B.; RIGOLIN, C.C.D. Educação e promoção da saúde no Brasil através de campanhas públicas. **Rev Bras Ciênc Tec Soc**, v. 2, n. 1, p. 25-38, 2011.

BERNARDES, M.M.R.; GOMES, M.T.; PORTO, F. **Imagem do Cazuza e aids (1988)**: possibilidades de uso como resgate de memória dos cuidados de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.lacenf.com.br>. Acesso em: 24 fev. 2017.

BERRIGDGE, V.; STRONG, P. 'Aids and the relevance of history'. **Social History of Medicine**, Oxford, n. 4, p. 129-138, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. **Eu e o fim de semana**. 2003. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/os-queridos-companheiros>. Acesso em: 10 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDS vinte anos**: Esboço histórico para entender o Programa Brasileiro. História do Programa Nacional. Adaptado do texto original de Kenneth Camargo. Disponível em: [http://sistemas.AIDS.gov.br/congressoprev2006/20\\_anos\\_do\\_PN.htm](http://sistemas.AIDS.gov.br/congressoprev2006/20_anos_do_PN.htm). Acesso em: 12 fev 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, aids e Hepatites Virais**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/campanhas>. Acesso em: 08 abr. 2017.

BRASIL. **Lei n. 9.313, de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. 1996. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=122864>. Acesso em: 06 jan. 2017.

CARDOSO, J.M. **Comunicação, saúde e discurso preventivo**: reflexões a partir de uma leitura das campanhas nacionais de Aids veiculadas pela TV (1987 - 1999). Dissertação (Mestrado em Comunicação) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

CARVALHO, G.R. **A construção social da AIDS nas campanhas brasileiras de saúde pública 2008**. Monografia - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

CONTRERA, W.F. Histórico das Campanhas de Aids no Brasil. In: NILO, A. et al. (org) **Comunicaids**: Políticas públicas e estratégias de controle social. São Paulo: Ágil, 2005.

COSTA, C.P.M. **O passado no presente**: estudo das memórias e representações sociais de profissionais de saúde no contexto da epidemia do HIV/aids. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

COSTA, S.L.M. **Campanhas comunicacionais contra o HIV**: os discursos de organizações da sociedade civil e os sentidos a eles atribuídos por soropositivos. In: Programação e resumos do 10º Encontro Regional de Comunicação. Juiz de Fora, 2012. p. 17-18.

FORMOZO, G.A.; OLIVEIRA, D.C. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 230-237, 2010.

FRIAS, A.C.M.F.; TEIXEIRA, F. Sexualidade e gênero em campanhas de prevenção da infecção VIH/SIDA: análise da campanha "love life". **Multiárea**. n. 8, p. 116-133, 2017. DOI: [dx.doi.org/10.18239/mard.v0i8.1090](http://dx.doi.org/10.18239/mard.v0i8.1090)

GARCIA, M.L.; BELLINI, M.; PAVANELLO, R.M. Análise retórica das campanhas sobre HIV/AIDS no Brasil e em outros países. **REMPEC - Ensino, Saúde e Ambiente**, v. 4, n. 1, p. 76-99, abr. 2011.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M.M.L.; CASTILHO, E.A. Magnitude e tendência da epidemia de AIDS em municípios brasileiros de 2002-2006. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 430-441, 2010.

MALISKA, I.C.A.; PADILHA, M.I.; ANDRADE, S.R. Políticas voltadas às DSTS/AIDS e sua integração político-assistencial no contexto do SUS: um estudo sobre o município de Florianópolis. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 639-647, jul./set. 2014.

MALISKA, I.C.A.; PADILHA, M.I.; ANDRADE, S.R. AIDS e as primeiras respostas voltadas para a epidemia: contribuições dos profissionais de saúde. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 15-20, jan/fev. 2015.

NASCIMENTO, D.R. **As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

PAZ, J. **Aids anunciada: a publicidade e o sexo seguro**. Brasília: UnB, 2007.

REVISTA VEJA. São Paulo. Abril. 26 de abril de 1989. Disponível em: [http://veja.abril.com.br/arquivo\\_veja/capa\\_26041989.shtml](http://veja.abril.com.br/arquivo_veja/capa_26041989.shtml). Acesso em: 24 fev. 2017.

SADALA, M.L.A.; MARQUES, S.A. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais de saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, 2006.

SZWARCWALD, C.L.; CASTILHO, E.A. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, suppl. 1, p. 4-5, 2011.

VILLARINHO, M.V.; PADILHA, M.I. Sentimentos relatados pelos trabalhadores da saúde frente à epidemia da AIDS (1986-2006). **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, mar. 2016.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou compreender como foi tecida a História da Enfermagem nos Centros de testagem e aconselhamento de Florianópolis e São José Santa Catarina, como buscaram as alternativas para organizar e implantar a assistência de enfermagem nesse serviço. Portanto, foi confirmada a tese defendida de que a atuação das enfermeiras nos CTAs dos municípios de Florianópolis e São José colaboraram para prevenção, controle da epidemia da aids, assim como para a melhoria da qualidade de vida de quem (com) vive com o HIV/Aids.

Embora jovens, mas com muita garra, empenho, coragem e conhecimento científico essas enfermeiras e toda a equipe de saúde demonstraram capacidade e poder para atuar no processo de organização e implantação da unidade e se destacar nesse processo, contribuindo para o desenvolvimento enfermagem engajados nas políticas de saúde e diretrizes do SUS.

Esta pesquisa dá visibilidade à atuação das enfermeiras nos Centros de testagem e aconselhamento, descrevendo suas relações, atitudes e determinação para possibilitar a atuação da enfermagem de forma tão presente e marcante. De certa forma, o serviço alcançou o sucesso, em grande parte porque essas enfermeiras acreditaram que esta estrutura de cuidado (testagem e aconselhamento) daria certo e porque elas se envolveram e tiveram disposição para aprender um serviço pioneiro no estado.

Essas enfermeiras desenvolveram rotinas, protocolos, processos e realizaram uma assistência de enfermagem diferenciada, com base em teorias de enfermagem. Então, pode-se dizer que essas enfermeiras, além de serem pioneiras no estado para organizar um de testagem e aconselhamento embasados nas diretrizes do SUS, também foram pioneiras na utilização da sistematização da assistência de enfermagem, SC para este tipo de serviço.

O referencial Teórico embasado nas diretrizes do SUS foi fundamental para reconstruir e repensar a história dos Centros de testagem e aconselhamento, foi possível então refazer a história de hoje com as experiências vividas no passado.

Por suas ações, as enfermeiras dos Centros de testagem e aconselhamento, juntamente com toda a equipe multidisciplinar de saúde merece ser lembradas porque transformaram suas convicções em ações para uma assistência de enfermagem participativa e envolvida com o serviço.

Essa participação ativa possibilitou organizar um ambiente diferenciado dos modelos dos serviços públicos existentes na época, destacando-se na organização dos serviços, nas

condições de trabalho da equipe de saúde, na assistência de enfermagem e no desenvolvimento de novas tecnologias de saúde.

Durante a pesquisa observou-se que muitas enfermeiras não tinham consciência de como contribuíram para a sociedade e para a consolidação desta assistência no estado no período em que atuaram no serviço. Muitas concepções foram transformadas na medida em que buscavam em suas memórias suas atuações, seus cuidados e suas formas de organização; ao rememorar suas vivências, as enfermeiras perceberam que conquistaram no serviço o reconhecimento por seu poder no processo de cuidado.

Ao analisarmos a atuação da enfermagem em cada momento do Centro de testagem e aconselhamento ou seja desde o momento que era ainda ambulatório de DST-Aids percebe-se a valorização do paciente e a preocupação das enfermeiras para assisti-lo e garantir-lhe a sobrevida com o menor risco. Foram muitas as mudanças que ocorreram no cuidado de enfermagem, e através da memória dessas enfermeiras pudemos trazê-las para compará-las com a assistência realizada nos dias atuais, percebendo que muito do que foi construído em relação à assistência da enfermagem está embasado no que se realizava anteriormente.

A participação de múltiplos olhares, uma vez que foram entrevistados diversos profissionais que atuaram no CTA no período do estudo, possibilitou-nos perceber que essas enfermeiras tinham poder e autonomia e eram reconhecidas por toda a equipe de saúde. Além de conseguirem descrever as atividades que elas desenvolviam, salientavam sua importância em relação às condições de trabalho, à assistência ao paciente e ao desenvolvimento tecnológico da época.

Quando os profissionais que não eram enfermeiros descreviam a atuação das enfermeiras, fica evidente a importância e o poder que essas enfermeiras exerceram, pois eram percebidas e lembradas através das memórias de todos os profissionais entrevistados, que conseguiam descrever de forma brilhante como era a atuação das enfermeiras.

O presente estudo deve ser compreendido como esforço em produzir um trabalho acadêmico que relata, descreve e historiciza a Enfermagem Catarinense através da Memória Coletiva, importante para compreender o presente e vislumbrar perspectivas, pois o futuro se constrói a partir da história. Este estudo não pretende encerrar o assunto, mas abrir um leque de possibilidades sobre o passado da Aids em Santa Catarina e suas políticas de saúde, a inserção das enfermeiras e seus saberes e poderes, fornecendo subsídios para outros pesquisadores.

Espera-se que estimule outras pesquisas sobre os Centros de testagem e aconselhamento e que a enfermagem possa fortalecer-se como profissão e ganhar visibilidade no estado e no país.

## REFERÊNCIAS

- AGENCIA DE SAÚDE PÚBLICA DO CANADÁ. Vigilância e Epidemiologia Divisão e orientações profissionais e Divisão de Prática de Saúde Pública, Centro de Doenças Transmissíveis e Controle de Infecção, Agência de Saúde Pública do Canadá. **As estimativas de prevalência do HIV e da incidência no Canadá de 2011**. Ottawa, 2012. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/estimat2011-eng.php>. Acesso em: 21 abr. 2018.
- ALBERTI, V. **Manual de História Oral**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- ALMEIDA, A.V. Ampliando diagnóstico e prevenção das hepatites virais: busca ativa e capacitação dos profissionais de saúde. In: **11º Congresso de HIV/Aids e 4º Congresso de Hepatites Virais – Prevenção Combinada: Multiplicando Escolhas**, 2017.
- ALMEIDA, M.R.C.B.; LABRONCINI, L.M.; ZAGONEL, I.P.S. O processo de aconselhamento em DST, HIV e AIDS e sua inter-relação com os padrões de conhecimento da enfermagem: uma conexão. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 39-49, Jan/Jun. 2003.
- ALMEIDA, N.D. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde – SUS. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 01-09, jan./jun. 2013.
- AMADO, J. A. **Culpa nossa de cada dia: ética e história oral**. Revista do Programa de Estudos Pós-Graduação em História, n. 15, p. 146-149, abr. 1997.
- ARAÚJO, W.J. et al. Percepção de enfermeiros executores de teste rápido em Unidades Básicas de Saúde. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 676-681, 2018.
- AZEVEDO, Ludmila Luísa Tavares e, 1991- Desenvolvimento, pobreza e segurança alimentar na América do Sul/ Ludmila Luísa Tavares e Azevedo. - 2017. 210 f. : il.
- AYRES, J.R.C.M. Práticas educativas e prevenção de HIV/aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface – Comunicação e saúde educativa**, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 11-24, ago. 2005.
- AYRES, J.R.C.M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.M.; PARKER, R. **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 70. ed. Lisboa. 2015.
- BARROS, E.P. **Aids e diversidade sócio-cultural**. Congresso virtual, 2000. Disponível em: [www.naya.org.ar/congresso2000/ponenciais/EdirPinadeBarros.htm](http://www.naya.org.ar/congresso2000/ponenciais/EdirPinadeBarros.htm). Acesso em: 13 ago. 2018.
- BASTIANI, J. et al. Pessoas que vivem com HIV/AIDS em Florianópolis/SC, Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 14, p. 579-587-587, 2012.

BERBEL, D.B. **A comunicação da ciência nas campanhas de saúde online: um estudo de caso do Portal da Saúde**. Dissertação (Mestrado Multidisciplinar) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

BERBEL, D.B.; RIGOLIN, C.C.D. Educação e promoção da saúde no Brasil através de campanhas públicas. **Rev Bras Ciênc Tec Soc**, v. 2, n. 1, p. 25-38, 2011.

BERNARDES, M.M.R.; GOMES, M.T.; PORTO, F. **Imagem do Cazuza e aids (1988): possibilidades de uso como resgate de memória dos cuidados de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.lacenf.com.br>. Acesso em: 24 fev. 2017.

BERRIGDGE, V.; STRONG, P. 'Aids and the relevance of history'. **Social History of Medicine**, Oxford, n. 4, p. 129-138, 1991.

BOR, J. et al. Increases in adult life expectancy in rural South Africa: valuing the scale-up of HIV treatment. **Science**, v. 339, p. 961-965, 2013.

BRANDÃO, M.G.S.A. et al. Ultrapassando os muros da universidade: a monitoria acadêmica como ferramenta de educação em saúde. **Revista Raízes e Rumos**, v. 5, n. 2, p. 151-159, jul./dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDS vinte anos: Esboço histórico para entender o Programa Brasileiro. História do Programa Nacional**. Adaptado do texto original de Kenneth Camargo. 2006. Disponível em: [http://sistemas.AIDS.gov.br/congressoprev2006/20\\_anos\\_do\\_PN.htm](http://sistemas.AIDS.gov.br/congressoprev2006/20_anos_do_PN.htm). Acesso em: 12 fev 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos**. 2. ed. Brasília: MS, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. **Eu e o fim de semana**. 2003. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/os-queridos-companheiros>. Acesso em: 10 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. O Humaniza SUS na atenção básica. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil - Desafios para a equidade e o acesso**. Brasília: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids**. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde**. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília: MS, 2017.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim epidemiológico AIDS e DST**. Brasília: MS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil**. 3. ed. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aconselhamento: um desafio para a prática integral em saúde - avaliação das ações**. Brasília: MS, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. D. D. D. a. E. H. V. M. D. Saúde. Brasília: MS, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466/2012** [Internet]. 2012d. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/manual-de-adesao-ao-tratamento-para-pessoas-vivendo-com-HIV-e-aids>. Acesso em: 18 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos das pessoas vivendo com HIV**. [Internet]. [20--]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/direitos-das-pvha>. Acesso em: 18 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil**. 6. ed. Brasília: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST. **Aids e Hepatites virais**. Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Aids: História da aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Aids: O que é HIV?** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Aids: O que é adesão?** Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990b.

BRASIL. **Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 nov. 1996. Disponível em: <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=14/11/1996>. Acesso em: 15 jul. 2018.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. UNAIDS, 2016. **O UNAIDS saúda os novos e ambiciosos objetivos fixados pelo Plano de Emergência para o Combate à AIDS**. Disponível em: <http://unaids.org.br/tag/90-90-90/>. Acesso em: 12 mar. 2016.

BRASIL. **Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93, Brasília, 1993.

BRITO, A.; CASTILHO, E.; SZWARCOWALD, C. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev Soc Bras Med Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2001.

CARDOSO, J.M. **Comunicação, saúde e discurso preventivo**: reflexões a partir de uma leitura das campanhas nacionais de Aids veiculadas pela TV (1987 - 1999). Dissertação (Mestrado em Comunicação) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

CARNEIRO, R.F. et al. Educação sexual na adolescência: uma abordagem no contexto escolar. **S A N A R E, Sobral**, v.14, n.01, p.104-108, jan./jun. 2015.

CARVALHO, G.R. **A construção social da AIDS nas campanhas brasileiras de saúde pública 2008**. Monografia - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

CANADA. Canada Communicable Disease Report. 2018. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr.html>. Acesso em: 11 maio 2019.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **STD Trends in the United States**: 2011 National Data for Chlamydia, Gonorrhea, and Syphilis. National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, CDC. USA: CDC, 2012.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Compendium of HIV prevention interventions with evidence of effectiveness**. Atlanta, GA: US Department of

- Health and Human Services, CDC; 1999 (Revised 2001). Available at: <http://www.cdc.gov/HIV/pubs/HIVcompendium/HIVcompendium>. Acesso em: 4 abr. 2016.
- CONFORTIN, S.C. et al. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p.1049-1060, 2015. Doi: 10.1590/0102-311X00132014
- CONTRERA, W.F. Histórico das Campanhas de Aids no Brasil. In: NILO, A. et al. (org) **Comunicaids: Políticas públicas e estratégias de controle social**. São Paulo: Ágil, 2005.
- COSTA, C.P.M. **O passado no presente: estudo das memórias e representações sociais de profissionais de saúde no contexto da epidemia do HIV/aids**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.
- COSTA, R. et al. La contribución de la Enfermería brasile.a para la producción de conocimiento sobre el Sida. **Index enferm.**, v. 18, n. 1, p. 70-74, 2009.
- COSTA, S.L.M. **Campanhas comunicacionais contra o HIV: os discursos de organizações da sociedade civil e os sentidos a eles atribuídos por soropositivos**. In: Programação e resumos do 10º Encontro Regional de Comunicação. Juiz de Fora, 2012. p. 17-18.
- CUETO, M. **Saúde global: uma breve história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
- DE BONI, R.; VELOSO, V.G.; GRINSZTEJN, B. Epidemiology of HIV in Latin America and the Caribbean. **Current Opinion in HIV and AIDS**, v. 9, p. 192-198, 2014.
- FERRAZ, D.A.S.; NEMES, M.I.B. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, suppl. 2, p. s240-s250, 2009.
- FERREIRA, L.T. et al. Profilaxia da transmissão vertical do HIV: cuidado e adesão desvelados por casais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 275-281, mar/abr. 2016.
- FONSECA, M. G. P.; SZWARCOWALD, C. L.; BASTOS, F. I. A sociodemographic analysis of the AIDS epidemic in Brazil, 1989-1997. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 6, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000700004&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000700004&lng=en&nrm=isso). Acesso em: 16 ago. 2018 .
- FORMOZO, G.A.; OLIVEIRA, D.C. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 230-237, 2010.
- FRIAS, A.C.M.F.; TEIXEIRA, F. Sexualidade e gênero em campanhas de prevenção da infecção VIH/SIDA: análise da campanha “love life”. **Multiárea**. n. 8, p. 116-133, 2017. DOI: dx.doi.org/10.18239/mard.v0i8.1090
- FOURIE, P. **The Political Management of HIV and AIDS in South Africa: One burden too many?**. Palgrave: Macmillan, 2006.
- FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas de Cuidado Integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 2011.

GARCIA, M.L.; BELLINI, M.; PAVANELLO, R.M. Análise retórica das campanhas sobre HIV/AIDS no Brasil e em outros países. **REMPEC - Ensino, Saúde e Ambiente**, v. 4, n. 1, p. 76-99, abr. 2011.

GILBERTO, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GLOBAL ADVOCACY FOR HIV PREVENTION (AVAC). 2015. Disponível em: <http://www.avac.org/>. Acesso em: 20 fev. 2016.

GRANGEIRO, A. et al. Voluntary counselling and testing (VCT) services and their contribution to Access to HIV diagnosis in Brazil. **Cad saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2053-2063, 2009.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M.M.L.; CASTILHO, E.A. Magnitude e tendência da epidemia de AIDS em municípios brasileiros de 2002-2006. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 430-441, 2010.

GRANGEIRO, A.; SILVA, L.L.; TEIXERA, P.R. Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev Panam Salud Pública**, p. 87-94, 2009.

GRUPO PELA VIDDA. **Direitos das pessoas vivendo com HIV e Aids**. Rio de Janeiro: Fundação Ford e Sociedade Viva Cazuza, 1993.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 30 abr. 2018.

JAPOLLA, G. et al. Teste imunocromatográfico de fluxo lateral: uma ferramenta rápida de diagnóstico. **Enciclopédia biosfera, centro científico conhecer**, Goiânia, v. 11 n. 22, p. 26-49, 2015.

KLIMAS, N.; KONERU, A.O.; FLETCHER, M.A. Overview of HIV. **Psychosomatic Medicine**, v. 70, p. 523-530, 2008. Disponível em: <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/70/5/523.full.pdf+html?sid=7c719779-6a52-4510-b67a-828959db7e20>. Acesso em: 12 jul. 2018.

LABRONICI, L.M. **Eros propiciando a compreensão da sexualidade das enfermeiras**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

LARAIA, R.B. **Cultura: um conceito antropológico**. 14 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

LE GOFF, J. História. In: LE GOFF, J. **História e memória**. 7. ed. Campinas: UNICAMP, 2013.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.; MACHADO, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p.269-293, 2001.

LIFFE, J. **The African AIDS Epidemic: a history**. James Currey, 2006.

LOHN, L. G. **Ação educativa em saúde: estudo de caso em Centro de Testagem e Aconselhamento**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MALISKA, I.C.A. et al. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/AIDS. **Rev Gaúch Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 85-91, 2009.

MALISKA, I.C.A.; PADILHA, M.I.; ANDRADE, S.R. AIDS e as primeiras respostas voltadas para a epidemia: contribuições dos profissionais de saúde. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 15-20, jan/fev. 2015.

MALISKA, I.C.A.; PADILHA, M.I.; ANDRADE, S.R. Políticas voltadas às DSTS/AIDS e sua integração político-assistencial no contexto do SUS: um estudo sobre o município de Florianópolis. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 639-647, jul./set. 2014.

MARINS, J.R. et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. **AIDS**, [S.l.], v. 17, p. 1675-1682, 2003.

MARTINS, T.A. et al. Cenário Epidemiológico da Infecção pelo HIV e AIDS no Mundo. **Revista Fisioterapia & Saúde Funcional**, v. 3, n. 1, 2014.

MATTOS, R. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/AIDS: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro, In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. (org.). **Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999. p. 29-87.

MEIHY, J. C. S. B. Manual de história oral. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

MELO, E.A.; MAKSUD, I.; AGOSTINI, R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? **Rev Panam Salud Publica**. v. 42, p. e151, 2018. Doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.151>

MENDES, E.V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. **Texto contexto enferm**. Florianópolis, v. 28, e20170204, 2019. Doi: 10.1590/1980-265x-tce-2017-0204.

MEIRELLES, B.H. S.; SOUZA, S.S.; SILVA, D. M. G. V. Perceptions of Life Quality of People with Hiv/Aids. **Sexually Transmitted Infections**, v. 89, p. 11-11, 2013.

MIRANDA JUNIOR, H.M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulg Saude Debate**. v. 52, p. 15-37, 2014.

MORA, C.; MONTEIRO, S.; MOREIRA, C.O.F. Education, practices and paths of counsellors at HIV testing centers in Rio de Janeiro, Brazil. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1145-1156, 2015.

MORITA, I. et al. The Origin of the Knowledge about HIV/Aids: between the Personal and the Academic. **Rev Bras Educ Méd**, ed. 197, v. 36, n. 2, p. 197-203, 2012.

NASCIMENTO, D.R. **As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NATTRASS, N. **The Moral Economy of AIDS in South Africa**. Cambridge University Press, 2003.

OLIVEIRA, C.A.F. **Estimativa da incidência de infecção pelo HIV com amostras de soro de gestantes e de usuários de CTA encaminhadas para diagnóstico, empregando o algoritmo de testes sorológicos para infecção recente pelo HIV (STARHS)**. Dissertação (Mestrado) – Coordenadoria Controle de Doenças da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília: OMS, 2003.

ONUSIDA. **Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA**. Reducción de la transmisión sexual. 2012. Disponível em: <<http://www.unaids.org/es/targetsandcommitments/reducingsexualtransmission/>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

PADILHA, M.I.C.S. et al. O uso das fontes na condução da pesquisa histórica. **Texto & Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 26, p. e2760017, 2017.

PARKER, R. **Políticas, Instituições e AIDS: Enfrentando a Epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA, 1997.

PATERSON, J.E.; ZDERAD, L.T. **Humanistic Nursing**. United States of America: Wiley Biomedical Publication, 1993.

PAZ, J. **Aids anunciada: a publicidade e o sexo seguro**. Brasília: UnB, 2007.

PEQUENO, C.S.; MACEDO, S.M.; MIRANDA, K.C.L. Aconselhamento em HIV/AIDS: pressupostos teóricos para uma prática clínica fundamentada. **Rev. bras. enferm**. Brasília, v. 66, n. 3, Maio/Jun. 2013. Doi: 10.1590/S0034-71672013000300020

POLATI, M. A. et al. Os desafios da gestão do SUS sob a ótica de gestores municipais de saúde. **J Manag Prim Heal Care**., v. 7, n. 1, p. 2-2, 2016.

PORTUGAL, Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA. **Programa nacional de prevenção e controlo da infecção por VIH/SIDA 2012-2016**. Disponível: <http://pnvihsida.dgs.pt/programa-nacional/programanacional-de-prevencao-e-controlo-da-infecaovihsida-2012-2016111.aspx>. Acesso em: 6 ago. 2016.

POWELL, S.J.J. **Porque tenho medo de dizer que sou**. Belo Horizonte: Crescer, 1992.

PUPO, L.R. **Aconselhamento em DST/Aids**: uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual e de sua fundamentação teórica. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

REIS, D.O.; ARAÚJO, B. D.; CECÍLIO, L. C. O. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**: SUS e Pacto pela Saúde. UNA-SUS. UNIFESP. Especialização em Saúde da Família. Disponível em:

[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_4.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf). Acesso em: 6 mar. 2016.

**REVISTA VEJA**. São Paulo. Abril. 26 de abril de 1989. Disponível em:

[http://veja.abril.com.br/arquivo\\_veja/capa\\_26041989.shtml](http://veja.abril.com.br/arquivo_veja/capa_26041989.shtml). Acesso em: 24 fev. 2017.

RIBEIRO, F.B.; SACRAMENTO, O. A despistagem do VIH/sida: saúde pública e motivações dos utentes do teste rápido no Nordeste de Portuga. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.2, p.510-522, 2014.

ROCHA, E. **O que é etnocentrismo**. Brasília: Brasiliense, 1984.

ROCHA, K.B. et al. Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica: Desafios na descentralização do teste rápido HIV/Aids. **Ciencias Psicológicas**, v. 12, n. 1, p. 67-78, 2018. Doi: <https://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1597>

ROCHA, S. AIDS: uma questão de desenvolvimento?. In: PASSARELLI, C.A. **AIDS e desenvolvimento**: interfaces e políticas públicas. Rio de Janeiro: ABIA, 2003. p. 34-40.

RODRIGUES, L.M.C. et al. Abordagem às doenças sexualmente transmissíveis em Unidades Básicas de Saúde da Família. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 16, n. 1, p. 63-69, 2011.

ROSEN, S.; FOX, M.P. Retention in HIV care between testing and treatment in sub-Saharan Africa: a systematic review. **PLoS Medicine**, v. 8, e1001056, 2015.

SACRAMENTO, O. Indivíduos, estruturas e riscos: panorâmica da prevenção primária do HIV em Portugal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6: e00129715, jun. 2016.

SADALA, M.L.A.; MARQUES, S.A. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais de saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, 2006.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **O perfil epidemiológico da AIDS**. Florianópolis, 2006. 104 p.

SANTA CATARINA. **Dados epidemiológicos em Santa Catarina**. 2018. Disponível em: <http://www.aids.sc.gov.br/>. Acesso em: 11 maio 2019.

SANTOS, N. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 429-435, abr. 2007.

SCHNEIDER, I.J.C. et al. Perfil dos usuários dos centros de testagem e aconselhamento. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1675-1688, jul. 2008.

SILVA, A.L.C.N.; WAIDMAN, M.A.P.; MARCON, S.S. Adesão e não-adesão à terapia anti-retroviral: as duas faces de uma mesma vivência. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n.2, p. 213-220, 2009.

SILVA, S.M.B. **Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA):** caminhos e trilhas em construção. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

SILVA S. **O diagnóstico anti-HIV no município do Rio de Janeiro:** processos de cuidado em Saúde. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

SILVEIRA JÚNIOR, A.M.S. Sistema Único de Saúde (SUS): um breve histórico de sua criação aos desafios Atuais. **SaBios: Rev. Saúde e Biol.**, v. 10, n. 2, p. 75-79, mai/ago. 2015.

SOARES, P. S. **Circunstâncias relativas ao não retorno de usuários a um centro de testagem e aconselhamento para HIV do Estado do Rio de Janeiro.** Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro 2011.

SOLLA, J.J.S.P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez. 2005.

SOUZA, V.; CZERESNIA, D. Considerações sobre os discursos do aconselhamento nos centros de testagem anti-HIV. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 531-548, 2007.

SOUZA, V.; CZERESNIA, D.; NATIVIDADE, C. Aconselhamento na prevenção do HIV: olhar dos usuários de um centro de testagem. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1536-44, 2008.

SOUZA, V.S.; CZERESNIA, D. Demandas e Expectativas de usuários de centro de Testagem e Aconselhamento anti-HIV. **Rev Saúde Pública**. v. 44, n. 3, 441-447, 2010.

STAVETEIG, S. et al. **Demographic patterns of HIV testing uptake in sub-Saharan Africa.** Calverton, MD: ICF International, 2013.

SZWARCWALD, C.L., CASTRILHO E.A. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 01, p. 4-5, 2011.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **AIDS info - epidemiological status**. 2018. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/>. Acesso em: 11 mar. 2019.

VALDISERRI, R. HIV counseling and testing: its evolving role in HIV prevention. **AIDS Education and Prevention**, [S.l.], v. 9, p. 2-13, 1997. Suplemento B.  
VELOSO, V. Prevenção da transmissão vertical no Brasil. Boletim Epidemiológico de **Aids**, [S.l.], v. 12, n. 3, 1999.



VILLARINHO, M.V. et al, Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 271-277, mar./abr. 2013.

VILLARINHO, M.V.; PADILHA, M. I. Estratégias de biossegurança dos trabalhadores da saúde no cuidado às pessoas com HIV/AIDS (1986-2006), **Revista Anna Nery**, Rio de Janeiro, 2014.

VILLARINHO, M.V.; PADILHA, M.I. Sentimentos relatados pelos trabalhadores da saúde frente à epidemia da AIDS (1986-2006). *Texto & Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 25, n. 1, mar. 2016.

WAAL, A. **AIDS and power**: why there is no political crisis-yet. Zed Books, 2006.

WORLD BANK. **Combating HIV/AIDS in Europe and Central Asia**. Washington: The World Bank Group, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Salud sexual y reproductiva y el HIV**. Vínculos: revisión de evidencias y recomendaciones. 2009. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO\\_HIV\\_2009\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_HIV_2009_spa.pdf). Acesso em: 12 jul. 2018.

WOLFFENBUTTEL, K.; CARNEIRO, N. Uma breve história dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) enquanto organização tecnológica de prevenção de DST/Aids no Brasil e no estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 18, 2007.

ZAMBENEDETTI, G. **O paradoxo do território e os processos de estigmatização da AIDS na atenção básica em saúde**. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**PESQUISA:** OS CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO NO ESTADO DE SANTA CATARINA E A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS (AS): UMA ANÁLISE HISTÓRICA (1998-2015).

As informações contidas nesta folha, fornecidas pela Dra. Maria Itayra Padilha, Dda Adriana Eich Kuhnen, têm por objetivo firmar acordo escrito com nome do (a) depoente para participação da pesquisa acima referida, autorizando sua participação com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos a que ela (e) será submetida (o). 1. Natureza da pesquisa: Esta pesquisa tem como objetivo: Historicizar a atuação dos (as) enfermeiros (as) nos Centros de Testagem e aconselhamento nos municípios de Florianópolis, São José e Itajaí, Santa Catarina com uma abordagem das políticas públicas brasileiras e as diretrizes do SUS para HIV/aids no período de 1998-2015. 2. Participantes da pesquisa: Propõem-se como sujeitos neste Trabalho os Enfermeiros (as) que atuaram nos Centros de Testagem e aconselhamento dos municípios de Florianópolis, São José e Itajaí, Santa Catarina no período de 198-2015, desde que correspondam aos critérios de inclusão definidos no estudo. (3) Envolvimento na pesquisa: Ao participar deste estudo você nome do depoente tem liberdade de se recusar a participar e ainda de se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone das Pesquisadoras do projeto e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa. (4) Sobre as entrevistas: Você responderá a uma entrevista com questões abertas, que serão gravadas e transcritas posteriormente conforme sua concordância com este termo. O Estudo será realizado nos locais determinados pelos próprios sujeitos envolvidos. 5) Riscos e desconforto: Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme **Resolução CNS 466/2012 (publicada em 13/06/2013), que regulamenta as Diretrizes e Normas para a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.** 6) Confidencialidade: Tratando-se de uma pesquisa com seres humanos a confidencialidade das informações depende do aceite ou não do participante em ser identificado, portanto estes sujeitos terão o direito de permitir ou não que o seu nome seja divulgado. 7) Benefícios: Ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que os resultados deste estudo contribuam com informações importantes acerca da enfermagem, bem como para o aprimoramento e a competência dos profissionais, ressaltando que as pesquisadoras se comprometem a divulgar amplamente os resultados obtidos. 8) Pagamento: Você não terá nenhum tipo de despesa ao autorizar sua participação nesta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. 9) Liberdade de recusar ou retirar o consentimento: Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo livre de penalidades. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para

permitir sua participação nesta pesquisa. Portanto, preencha os itens que seguem:

#### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ após a leitura e compreensão destas informações, entendo que a minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confiro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

*Obs.: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.*

Florianópolis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Nome do participante do estudo: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante do estudo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dra Maria Itayra Padilha

Assinatura do pesquisador

Fone: 48 99624510

\_\_\_\_\_  
Dda. Adriana Eich Kuhnen

Assinatura do pesquisador

Fone: 48 84138797

## APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semiestruturada

“OS CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO NO ESTADO DE SANTA CATARINA E A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS (AS): UMA ANÁLISE HISTÓRICA (1998-2015).”

<b>Nome do Entrevistador:</b>	<b>Entrevista n</b>
<b>Data:</b>	
<b>Horário de Início:</b>	<b>Horário término:</b>

### **I - Dados de Identificação do (a) entrevistado (a)**

- 1- Nome:
- 2- Data de Nascimento:
- 3- Local de Nascimento:
- 4- Procedência:
- 5- Filiação:
- 6- Cônjuge:
- 7- Graduação:
- 8- Titulação:
- 9- Atividade Profissional:

### **II - Roteiro**

- 1- Como ocorreu seu ingresso no CTA de seu município? Qual foi sua motivação para trabalhar no CTA? Qual foi o período em que lá atuou?
- 2- Como e quando foi implantado o CTA em seu município? Como ocorreu o processo de sua organização? Quem foram os protagonistas principais desse processo (as pessoas – médicos, enfermeiros (as)s, entre outros)?
- 3- Quais foram as dificuldades e facilidades encontradas pelos profissionais de saúde para a organização do CTA em seu município.
- 4- Como foi constituída a equipe de saúde?

- 5- Quais eram as atividades práticas (procedimentos, técnicas – assistências), atividades administrativas e educacionais realizadas pelos enfermeiros (as)? Existiam algumas atividades específicas dos enfermeiros (as)?
- 6- Como era a atuação dos enfermeiros (as)s no CTA? O que faziam no início da abertura serviço? E o que passaram a fazer ao longo do tempo, quando da sua implementação relacionado ao pré e pós teste?
- 7- De onde surgiram as primeiras demandas de pacientes para serem atendidos?
- 8- E hoje de onde vem as demandas para atendimento e como é realizada a divulgação do serviço?
- 9- Como foi se desenvolvendo o aconselhamento no CTA onde você trabalha ao longo do tempo (pode descrever) ?
- 10- Se você pudesse dar alguma sugestão para que o aconselhamento fosse mais efetivo o que você diria?
- 11- Em sua opinião, quais as principais realizações dos enfermeiros (as) nos CTA ao longo de sua existência (1998 – 2015)?
- 12- A fim de compreender melhor o contexto em que a Equipe de saúde e de Enfermagem atuava, gostaria de saber que tipo de pacientes era atendidos nos primeiros atendimentos e hoje como é está demanda? De onde eram provenientes? Qual o perfil dessa clientela em termos econômicos, sociais e culturais? O que os levavam a buscar o CTA?
- 13- Como vocês realizavam e realizam as testagem sorológicas aqui no CTA?
- 14- Que pessoas a senhora (o) sugere para entrevistar para explorar mais sobre o assunto?
- 15- A senhora (o) tem mais alguma informação que considera importante para contribuir para a historicidade da organização, implantação e implementação do CTA em Santa Catarina e a atuação dos (as) enfermeiros (as)? Possui algum documento (relatório, cartas, fotografias, portarias, regimentos, entre outros que possa contribuir com o assunto)?

**APÊNDICE C – Termo de Cessão de Entrevista**

Pelo presente documento, Eu, \_\_\_\_\_,  
nacionalidade, \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_ profissão \_\_\_\_\_  
portadora da carteira de identidade n. \_\_\_\_\_, CPF  
\_\_\_\_\_, residente e domiciliado em \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que cedo e transfiro, gratuitamente, em caráter universal e definitivo à Pesquisadora Adriana Eich Kuhnen a totalidade dos seus direitos patrimoniais de autor sobre o depoimento oral prestado no dia (\_\_\_\_\_), na cidade de \_\_\_\_\_. Os direitos de minha entrevista gravada, transcrita e autorizada, para leitura e inclusão no trabalho da Pesquisadora, podendo ser utilizada integralmente, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Abdico dos meus direitos, que alcança meus descendentes. Da mesma forma, autorizo o uso da fita gravada, que ficará arquivada no acervo do Grupo de Estudos da História do Conhecimento da Enfermagem (GEHCES) localizado na Universidade Federal de Santa Catarina- Florianópolis.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO ENTREVISTADO

\_\_\_\_\_  
ASS. DO PESQUISADOR

Florianópolis,

## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** OS CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO NO ESTADO DE SANTA CATARINA E A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS (AS): Uma Análise Histórica (1998-2015).

**Pesquisador:** Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 60653416.2.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Universidade Federal de Santa Catarina

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.809.060

**Apresentação do Projeto:**

Projeto de tese de Adriana Eich Kuhnen, sob orientação de Maria Itayra Padilha, do Programa de Pósgraduação em Enfermagem da UFSC, que pretende realizar entrevistas com 12 enfermeiros que atuaram em Centros de Testagem de DSTs e Aconselhamento nos anos de 1998 a 2015, nos municípios de São José, Florianópolis e Itajaí.

**Objetivo da Pesquisa:**

Primário:

Historicizar a atuação dos (as) enfermeiros (as) nos Centros de Testagem e aconselhamento nos municípios de Florianópolis, São José e Itajaí/Santa Catarina com enfoque nas políticas públicas brasileiras e as diretrizes do SUS para HIV-AIDS no período de 1998-2015.

Secundários:

- a) Descrever as condições de funcionamento dos CTAs de Itajaí, Florianópolis e São José - SC no período 1998 a 2015;
- b) Descrever as rotinas e ações dos (as) enfermeiros (as) desenvolvidas nos CTAs destes municípios no período de 1998-2015;
- c) Identificar características do acolhimento pelos enfermeiros nos CTAs de Santa Catarina no período de 1998-2015.

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

**Bairro:** Trindade

**CEP:** 88.040-400

**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3721-6094

**E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.809.060

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Foram previstos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Foram reapresentados:

- TCLE contemplando as exigências do parecer anterior; Apenas recomendamos a colocação explícita de garantia de ressarcimento diante de eventuais despesas.
- termo de cessão de direito das entrevistas corrigido. Lembramos que a utilização das entrevistas transcritas estará somente autorizada para a presente pesquisa. Qualquer outra utilização deverá ser apreciada por este comitê.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

-

**Recomendações:**

Recomendamos a colocação explícita de garantia de ressarcimento diante de eventuais despesas no TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pela aprovação

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_763102.pdf	25/10/2016 21:02:43		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Pedencias.pdf	25/10/2016 21:02:15	Adriana Eich Kuhnen	Aceito
Outros	Termo1.pdf	25/10/2016 20:58:45	Adriana Eich Kuhnen	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/10/2016 20:49:44	Adriana Eich Kuhnen	Aceito
Folha de Rosto	folha1.pdf	03/10/2016 15:57:59	Adriana Eich Kuhnen	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	03/10/2016 15:42:44	Adriana Eich Kuhnen	Aceito

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.809.060

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Itajai.pdf	03/10/2016 15:41:28	Adriana Eich Kuhnen	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	saojose.pdf	03/10/2016 15:25:03	Adriana Eich Kuhnen	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Florianopolis.pdf	03/10/2016 15:24:17	Adriana Eich Kuhnen	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	24/07/2016 17:23:41	Adriana Eich Kuhnen	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista.pdf	24/07/2016 17:21:12	Adriana Eich Kuhnen	Aceito
Outros	cessao.pdf	24/07/2016 17:20:21	Adriana Eich Kuhnen	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO.pdf	24/07/2016 17:19:30	Adriana Eich Kuhnen	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	24/07/2016 17:11:11	Adriana Eich Kuhnen	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 07 de Novembro de 2016

---

**Assinado por:**  
**Washington Portela de Souza**  
**(Coordenador)**